

**Univerzita Karlova v Praze  
Pedagogická fakulta**

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2013**

**Rozálie Hokůvová**

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

**Rozálie Hokůvová**

**Léčba alkoholové závislosti**

**Současná apolinářská léčba**

**Treatment of Alcohol Dependence**

**Current treatment at Apolinář**

Bakalářská práce

Studijní program: B SPPG KS

Studijní obor: Speciální pedagogika

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Léčba alkoholové závislosti vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce doc. PaedDr. Evy Šotolové, Ph.D. samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato bakalářská práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Datum 22. 3. 2013

.....

podpis

Ráda bych poděkovala doc. PaedDr. Evy Šotolové, Ph.D. za její cenné rady a trpělivost při vedení mé bakalářské práce. Rovněž bych chtěla poděkovat MUDr. Dušanovi Randákovi za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů.

.....

podpis

## **Abstrakt**

Bakalářská práce „Léčba alkoholové závislosti“ definuje závislost na alkoholu a popisuje její vývoj. Další část textu charakterizuje systém péče o lidi závislé na alkoholu a popisuje také metody, které se při léčbě závislosti uplatňují. Teoretická část také představí tzv. Skálův model léčby, který Skála vytvořil v Apolináři. Praktická část líčí toto konkrétní zařízení a ukazuje, jak Skálův model funguje dnes. Praktická část dále ukazuje, jak se jednotlivé metody popsané v teoretické části práce využívají při ústavní střednědobé režimové léčbě a v ambulantním typu léčby alkoholové závislosti.

V práci bude použita analýza odborné literatury, pozorování a rozhovory s personálem a pacienty Kliniky adiktologie.

**Klíčová slova:** alkohol, Apolinář, léčba alkoholové závislosti

## **Abstract**

The thesis „Treatment of Alcohol Dependence“ defines alcohol dependence and describes its development. Another part characterizes the system of care for people dependent on alcohol and describes the methods that are applied in the treatment of the addiction. The theoretical part also introduces the Skála's model of treatment that he created in Apolinář. The practical part describes the specific unit and shows how Skála's model works today. The practical part shows how are the various methods described in the theoretical part of the thesis used in the constitutional regime treatment and in the outpatient type of treatment of alcohol dependence.

We will use scientific literature analysis as well as observations and interviews with staff and patients from the Clinic of Addictology.

**Key words:** alcohol, Apolinář, treatment of alcohol dependence

Abstrakt .....	5
Prolog .....	8
Úvod .....	9
1 Cíl bakalářské práce .....	10
2 Vymezení základních pojmů .....	10
3 Závislost na alkoholu podle MKN - 10 .....	11
4 Vznik a vývoj závislosti na alkoholu .....	12
4.1 Bio-psycho-socio-spirituální model .....	13
4.2 Alkohol a jeho účinky .....	14
4.3 Vývoj alkoholové závislosti .....	15
5 Duální diagnózy .....	17
6 Prevence závislosti na alkoholu .....	18
7 Léčba alkoholové závislosti .....	18
7.1 Systém péče .....	20
7.1.1 Detoxifikace .....	20
7.1.1.1 Odvykací stavy u alkoholu .....	21
7.1.1.2 Craving (bažení) a relaps .....	21
7.1.1.3 Motivace, klíčový faktor léčby .....	23
7.1.2 Ambulantní léčba .....	25
7.1.3 Denní stacionář .....	26
7.1.4 Střednědobá ústavní léčba .....	26
7.1.5 Následná péče, doléčování .....	27
7.2 Léčebné metody .....	28
7.2.1 Farmakoterapie .....	28
7.2.2 Psychoterapie .....	29
7.2.2.1 Individuální psychoterapie .....	31

7.2.2.2 Skupinová psychoterapie.....	31
7.2.2.3 Terapeutická komunita .....	35
7.2.2.4 Skálův apolinářský model .....	36
7.2.2.5 Rodinná psychoterapie .....	38
7.2.3 Další metody využívané v léčbě závislostí .....	39
8 Klinika adiktologie – Apolinář.....	39
8.1 Detoxifikační oddělení .....	40
8.2 Lůžkové oddělení ženy (LOŽ) .....	42
8.3 Lůžkové oddělení muži (LOM).....	53
8.4 Ambulance pro léčbu alkoholové závislosti.....	57
Závěr.....	62
Resumé.....	63
Seznam literatury a jiných zdrojů.....	64
Seznam příloh.....	67

## Prolog

„„A co se Vám na pití nejvíc líbí?“

„Ten klid, ten mír, taková ta velká pohoda, kdy člověk leží ožralý na zemi a teď to všechno, ten klid a mír do něho vstoupí a je tam člověk rozplácly a je středem vesmíru.“

„Jarku, představte si tu situaci, kdy na světě je jenom ta lahev Vaší vodky.“

„To je zajímavá představa.“

„Co to znamená?“

„No, že nemám děti, nenapsal jsem žádné písně, nemám nic...jsem vlastně starý vyřizený chlap.““ (Zelenka, 2002)

„Na další planetě bydlil pijan. Návštěva u něho byla velice krátká, ale malého prince hodně rozesmutnila.

„Co tady děláš?“ řekl pijanovi, který seděl mlčky před řadou prázdných a řadou plných lahví.

„Piji,“ odpověděl pochmurně pijan.

„A proč piješ?“ zeptal se malý princ.

„Abych zapomněl,“ řekl pijan.

„Nač abys zapomněl?“ vyzvídal malý princ a užuž ho začínal litovat.

„Abych zapomněl, že se stydím,“ přiznal se pijan a sklonil hlavu.

„A zač se stydiš?“ vyptával se dále malý princ, protože by mu byl rád pomohl.

„Stydím se, že piji!“ dodal pijan a nadobro se odmlčel.

*A malý princ zmaten odešel.*“ (de Saint-Exupéry, 1989)

„NTAK – Nohavicova teorie alkoholického kopce. Vypadá to jako sranda, ovšem není to sranda. Kopec K, na úpatí toho kopce normální průměrný Čech, pije jak duha a jde nahoru... Dokud jde na horu, je všechno v pořádku... Kde je průšvih? Tento bod, vrchol toho kopce. To znamená bod zvratu. Tady, poté, finito. tam Ti nepomůžou doktoři, tam Ti nepomůžou psychologové, tam si nepomůžeš sám, prostě úplný konec. O co jde? Někdo pije celý život a nic se mu nestane. Proč? No protože ten jeho kopec, výška toho kopce, je strašně vysoký. On prostě celý život popíjí a furt leze nahoru. Bohužel nikdo z nás neví, jak ten kopec máme vysoký, jak ten kopec máme vysoký!...“ (Zelenka, 2002)



## Úvod

Z úvodních řádků je patrné, že závislostní chování je pro běžného jedince nepochopitelné. Je však kolikrát nepochopitelné i pro samotné alkoholiky. Zvláště pak, když už si jasně uvědomují, že jim pití činí především potíže, ať už zdravotní, psychické nebo sociální. Ze začarovaného kruhu, do kterého se vlastním přičiněním dostali, se ale sami nedokážou vymanit. Ve chvíli, kdy od nadměrného užívání alkoholu překročí hranici a dostanou se do stavu závislosti, potřebují již odbornou pomoc. Jarek Nohavica v úvodu tvrdí, že v té chvíli již člověku nepomůže nic, ani odborná intervence. U některých to tak může být, ale většině lidí, kteří se rozhodnou s alkoholem skončit a svou situaci řešit, odborná péče dokáže pomoci. Jak ale pomoci člověku, který nemá náhled na svou situaci a který má pití a opilost rád?

Cílem mé bakalářské práce je popsat závislost na alkoholu včetně jejího vývoje, charakterizovat systém péče o osoby závislé na alkoholu, nastínit nejčastější metody využívané při léčbě závislostí a v závěru práce ukázat na konkrétním zařízení, jakým způsobem léčba probíhá, respektive jaké přístupy pomáhají lidem s alkoholovou závislostí překonat jejich problém.

Teoretická část práce byla zpracována na základě analýzy odborné literatury, především z oboru adiktologie a psychologie. Praktická část byla zpracována na základě stáží na detoxifikačním oddělení, lůžkovém oddělení pro ženy, lůžkovém oddělení pro muže a na ambulanci pro léčbu alkoholové závislosti na Klinice adiktologie VFN. Zejména jsem vycházela z pozorování, poskytnutých léčebných řádů, z výpovědí personálu a z výpovědí pacientů na jednotlivých odděleních.

Uvažovala jsem, zda se přiklonit k označení klient či pacient ve vztahu k osobám, které se léčí ze závislosti na alkoholu. Vzhledem k tomu, že v praktické části budu popisovat léčebné zařízení, které je součástí nemocnice, budu tyto osoby nazývat v celém textu pacienty. Ačkoliv jsem si vědoma toho, že v odborné literatuře se dnes používá převážně označení klient.

## **1 Cíl bakalářské práce**

Cílem bakalářské práce je zaměřit se na možnosti léčby alkoholové závislosti a zejména detailně popsat střednědobou ústavní léčbu v Apolináři, nejstarší instituci, která se léčbě závislosti na alkoholu v České republice věnuje. Bakalářská práce je zpracována na základě dlouhodobých kontaktů s Klinikou adiktologie, pod kterou Apolinář spadá. Během posledních dvou let jsem absolvovala několik stáží na jednotlivých odděleních, které se léčbou alkoholové závislosti v Apolináři zabývají. Během těchto stáží jsem měla možnost vést rozhovory jak s odborným personálem, tak se samotnými pacienty a získat tak ucelený obraz o léčebných programech jednotlivých oddělení.

## **2 Vymezení základních pojmů**

abstinence - jednání, které vede ke zdržení se užívání alkoholu nebo jiné drogy; kdokoli v současné době abstínuje, může být nazýván abstinentem

abúzus – škodlivé užívání návykové látky

AT ordinace – ordinace pro alkoholismus a jiné toxikomanie

laps - jednorázové, izolované užití alkoholu nebo drog po období abstinence („uklouznutí“)

psychoaktivní látka - látka, která mění duševní procesy, tedy myšlení nebo emoce

psychoterapie - intenzivní interpersonální proces zaměřený na změny v podstatných psychologických vlastnostech pacienta, jako je osobnostní struktura, sebepojetí, prožívání, hodnoty atd.

relaps, recidiva - návrat k užívání návykové látky po období abstinence, často doprovázený návratem příznaků závislosti

režim - soubor pravidel určitého terapeutického programu

skupinová psychoterapie - skupinová psychoterapie je jedním ze základních nástrojů léčby závislostí, k terapeutickým účelům využívá dynamiky vztahů vznikajících mezi členy uměle sestavené skupiny

terapeutická komunita - strukturované prostředí, ve kterém klient žije a absolvuje program léčby

([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-16])

### 3 Závislost na alkoholu podle MKN - 10

Závislost na alkoholu je chronické recidivující onemocnění. Při diagnostice se vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí, její desáté revize. MKN -10 řadí závislost na alkoholu mezi duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Označení pro poruchy způsobené užíváním alkoholu je kód F10. Diagnózu je možno ještě upřesnit, a to uvedením znakového kódu za tečku v označení F10.x, který určí, o jaký druh poruchy související s užíváním psychoaktivní látky se jedná.

- .0 Akutní intoxikace
- .1 Škodlivé použití
- .2 Syndrom závislosti
- .3 Odvykací stav
- .4 Odvykací stav s deliriem
- .5 Psychotická porucha
- .6 Amnestický syndrom
- .7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem
- .8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování
- .9 Neurčené duševní poruchy a poruchy chování

Pro potřeby naší práce podáme plnou definici syndromu závislosti, tak jak ji uvádí MKN – 10. Syndrom závislosti je:

*„Soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav.“* (WHO, 2008 str. 198)

Nešpor i Pecinovská poukazují na fakt, že základní charakteristikou syndromu závislosti je silná touha užívat psychoaktivní látku. (Heller, Pecinovská, 2011) Diagnózu syndromu závislosti můžeme stanovit pouze tehdy, objevily-li se u pacienta během posledního roku minimálně tři z následujících znaků závislosti:

- a) silná touha nebo pocit nucení užívat látku, která není ovlivnitelná vůlí (bažení)

- b) potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek konzumace, její ukončení nebo množství zkonsumované látky
- c) somatický odvykací stav, který se objevuje po poklesu hladiny látky v těle a odeznívá po opětovném podání látky
- d) změna tolerance k účinku látky (užívání vyšších dávek látek, aby bylo dosaženo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami)
- e) postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky, zvýšené množství času k získání látky či zotavení se z jejích účinků
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků

(Nešpor, 2011)

Správná diagnostika je velmi důležitým předpokladem účinné léčby, respektive vhodné indikace léčebného programu. Jak ale upozorňuje Kalina,

*„...uvnitř diagnostické kategorie „syndrom závislosti“, ..., přestává již diagnóza být jediným kritériem a postačujícím vodítkem pro plánování vhodné léčebné intervence.“* (Kalina in: Kalina a kol., 2003 str. 254)

Vzhledem k tomu, že závislost má mnoho rozměrů a zasahuje do mnoha oblastí života, je potřeba získat o pacientovi širší spektrum informací, aby mu mohl být nabídnut vhodný typ léčby. Diagnostika tedy kromě výše zmíněných znaků závislosti musí zahrnovat jak určení závažnosti alkoholového problému a přídatné psychické i tělesné komplikace, tak rodinné, vztahové a sociální aspekty. Podstatné je také zjistit pacientovu motivaci a postoj k léčbě. Jde tedy o komplexní zhodnocení pacienta, které je východiskem pro nalezení optimálního propojení jeho potřeb a vhodného souboru intervencí (ambulantní vs. lůžková léčba, svépomocné vs. odborné služby, délka programu apod.). (Kalina a kol., 2003)

#### **4 Vznik a vývoj závislosti na alkoholu**

Lidé pijí alkohol především pro jeho účinky, které buď pomáhají řešit jejich stav (depresi, tenzi, nejistotu, samotu, nízké sebevědomí atd.), nebo nabízejí něco, po čem lidé touží (odvaha, legrace, uvolnění apod.)

*„Závislost nebo nutkavost se stává projevem mylné domněnky, že cosi mimo nás nás může učinit šťastnými a naplněnými.“* (Kudrle in: Kalina a kol., 2003 str. 110)

Cesta k závislosti může, ale nemusí být dlouhá. Jde o velmi individuální proces. Obecně lze říci, že mladiství, ale také ženy se propijí k závislosti rychleji než muži. Popov hovoří

o tzv. dispozičně-expozičním modelu. Čím více se na vzniku závislosti podílí dispoziční faktory (biologické, osobnostní a genetická výbava atd.), tím menší podíl expozice je nutný. To platí i naopak, čím více je jedinec vystaven faktorům expozičním (dostupnost alkoholu, frekvence užití, míra koncentrace alkoholických nápojů), tím menší dispozice je nutná ke vzniku závislosti. (Popov in: Kalina a kol., 2003)

*„Vždy však jde o komplexní působení řady faktorů, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji závislosti.“* (Popov in: Kalina a kol., 2003 str. 152)

Závislým se tedy člověk nerodí a stejně tak za závislost jedince nemůže pouze prostředí, v němž vyrůstal, či společnost, v které se pohybuje. Neexistuje jednoznačná příčina alkoholismu, závislost na alkoholu je multifaktoriální onemocnění. Můžeme však hovořit o jedincích, jejichž osobnostní výbava (citová nezralost, psychická křehkost, úzkostlivost, malá psychická odolnost, sebedoceňování apod.) může působit jako rizikový faktor vzniku alkoholové závislosti. Stejně tak můžeme za ohrožující považovat určité prostředí (nefunkční rodina, člen rodiny závislý na alkoholu, špatná parta atd.). jeden z často citovaných modelů příčin vzniku závislosti vysvětlíme v následující kapitole.

#### **4.1 Bio-psycho-socio-spirituální model**

Jde o jeden z mnoha modelů, který se snaží objasnit příčiny závislosti na alkoholu a který zohledňuje celostní pohled na člověka ve všech rovinách jeho života.

Jak již bylo řečeno, příčiny závislosti na alkoholu jsou velmi komplexní, nejčastěji se jedná o kombinaci nejrůznějších faktorů. Některé faktory můžeme vysledovat v rovině biologické. Jedná se o vrozené predispozice jako je odlišná hormonální sekrece adrenálních žláz nebo

*„interakce alkoholu v mozku s vrozenými psychoaktivními látkami, jako je dopamin a serotonin a ovlivnění center slasti v limbickém systému.“* (Kudrle in: Kalina a kol., 2003, str. 92)

Biologické faktory se vzájemně ovlivňují s faktory psychologickými a s faktory prostředí a jsou v neustálé interakci. Ostatní faktory (psychologické, sociální a kulturní) ovlivňují, do jaké míry uplatňují genetické faktory svůj vliv. (<http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction> [Cit. 2013-3-14])

V psychologické rovině je zkoumán vliv psychogenních faktorů pro rozvoj závislosti (např. úroveň postnatální péče či podpora rodiči v době dospívání). Mnohé psychologické faktory však také vznikají jako důsledek abúzu alkoholu (nedostatek sebeúcty, depresivní a úzkostné

symptomy, nízká frustrační tolerance, sebelítost, pocity méněcennosti) a další abúzus obvykle ještě posilují,

*„čímž směřují jedince k závislosti.“* (Kudrle in: Kalina a kol., 2003, str.92)

Jde o bludný kruh, kdy závislý člověk pije proto, aby se cítil lépe, vlivem alkoholu a jeho účinku na organismus však přicházejí úzkostné a depresivní stavy, které jedince „nutí“ k dalšímu pití.

Sociální úroveň popisovaného modelu se zaměřuje na souvislosti, v kterých se závislost rozvíjí. Sociální faktory můžeme hledat jak v nejbližším okolí jedince (rodina a vztahy v ní, vrstevnická skupina), tak v širším společenském prostředí (tolerance k užívání alkoholu).

Spirituální dimenze pak hovoří o smyslu života. O tom, k čemu se člověk vztahuje, co je hlavní idejí jeho života a jaký má jeho život morální rozměr. Jak podotýká Rotgers:

*„U mnoha lidí vrcholí nadměrné pití a užívání drog v intenzivních pocitech odcizení, izolace, prázdnoty a ztráty smyslu a účelu života.“* (Rotgers a kol., 1999 str. 21-22)

Vzhledem k tomu, že závislost má mnoho příčin v různých rovinách života jedince, musí i léčba reflektovat tuto skutečnost a měla by být zaměřena nejen na tělo a mysl, ale i na sociální prostředí a duchovní potřeby jedince (včetně výživy, psychických problémů, rodinných problémů, zaměstnání a potřeby najít smysl bytí). (Kalina a kol., 2003)

Z výše uvedeného vyplývá, že dva jedinci vyrůstající ve stejném prostředí, se oba nemusí stát v dospělosti závislými na alkoholu. Stejně tak dva lidé podobných charakterových rysů, se oba nemusí stát alkoholiky. Rádi bychom na tomto místě připomněli tvrzení MUDr. Jaroslava Skály, našeho předního alkoholologa, s kterým nelze než souhlasit.

*„Nikdo není předurčen k tomu, aby se stal závislým na alkoholu, ale nikdo také nemá předem jistotu, že se jím nestane.“* (Skála, 1988 str. 39)

## **4.2 Alkohol a jeho účinky**

Alkohol (chemicky etylalkohol,  $C_2H_5-OH$ ) je látka s psychoaktivními účinky na organismus člověka, především na jeho nervový systém. Tyto účinky závisí především na množství požitého alkoholického nápoje a jeho koncentraci. Na bezprostředním působení alkoholu se však podílejí i jiné vlivy, a to biologické (např. zdravotní stav, věk), psychologické (anticipace účinku) a sociální (např. působení společnosti, ve které jedinec pije). Lidé užívají alkohol především pro jeho uvolňující účinky. Alkohol snižuje úzkost a napětí, dokáže velmi rychle a bez velkého úsilí vyvolat pocity slasti, blaha a dobré nálady. Na počátku konzumace

působí alkohol stimulačně, dochází k psychomotorické excitaci, mnohmluvnosti, zvýšenému sebevědomí a snížené sebekritičnosti. V dalším průběhu intoxikace může u některých jedinců alkohol vyvolávat záchvaty hněvu a agresivitu. Při delší konzumaci a vyšší hladině alkoholu v krvi dochází postupně k útlumu. Objevuje se únava, spavost, vrávoravá chůze, nedostatečná kontrola řeči či dvojité vidění. Při velkých dávkách alkoholu v krvi může dojít i ke stavu bezvědomí nebo dokonce k smrti následkem ochrnutí dýchacího centra prodloužené míchy.(Skála, 1988)

Nicméně každý jsme jiný a:

*„Nezáleží ani tak na tom, kolik kdo vypije, jako spíše na tom, „co mu to udělá“.“(Skála, 1988 str. 29)*

Co se důsledků dlouhodobého nadměrného pití týče, je známo, že vede k poškození duševního (výrazně zhoršuje rozumové funkce, způsobuje alkoholovou demenci, alkoholické psychózy včetně deliria tremens) i tělesného (cirhóza jater, podvýživa) zdraví. Pro účely naší práce není nutné se více rozepisovat o konkrétních poškozeních. Podrobně jsou popsány v publikacích věnovaných tématu závislosti na alkoholu (viz Skála, Heller a Pecinovská, Kalina, Nešpor).

### **4.3 Vývoj alkoholové závislosti**

Nejčastěji uváděným modelem vývoje alkoholismu jako nemoci je model podle E. M. Jellineka.<sup>1</sup> Jellinek rozlišuje čtyři stadia vývoje závislosti na alkoholu:

Počáteční stadium: Pro první stadium je typické, že jedinec ohrožený závislostí, si začíná uvědomovat psychotropní účinky alkoholu. Pije proto, aby se cítil lépe, uvolněně a aby zapomněl na své problémy. Začíná alkohol používat jako berličku, která mu pomáhá přizpůsobit se a zvládat všední život. Dochází k podnapilostem, ještě ne k opilostem.

Prodromální stadium: Ve druhém stadiu postupně roste tolerance; jedinec snáší stále vyšší dávku alkoholu, zároveň potřebuje k vyvolání příjemného pocitu vyšší hladinu alkoholu v krvi. Proto někteří začínají pít ještě doma, aby si připravili náskok v pití. Nechtějí být ve společnosti nápadní nadměrnou konzumací. V prodromálním stadiu alkoholové závislosti se již objevují občasné stavy opilosti a okénka. Zároveň přicházejí první pocity viny.

---

<sup>1</sup> Elvin Morton Jellinek (1890-1963) byl lékařem a badatelem v oblasti alkoholismu. Výstupem jeho zkoumání se v roce 1942 stala publikace Závislost na alkoholu a chronický alkoholismus (Alcohol Addiction and Chronic Alcoholism). Mezi jeho další významné publikace patří monografie Alkoholismus jako nemoc (The Disease Concept of alcoholism) z roku 1960.([http://en.wikipedia.org/wiki/E.\\_Morton\\_Jellinek](http://en.wikipedia.org/wiki/E._Morton_Jellinek) [Cit. 2013-3-16])

*„První a druhé stadium závislosti řadíme ještě do předchorobí,.... Ve chvíli, kdy se k příznakům druhého stadia přidruží okénka, je to neklamná známka toho, že končí druhé stadium a začíná stadium třetí – tedy vlastní nemoc.“ (Heller, Pecinová, 2011 str. 16)*

Rozhodné stadium: Třetí stadium je charakteristické změnou kontroly v pití. Po prvním napití již jedinec nedokáže přestat pít, dokud není zřetelně opilý. Teprve tehdy vnímá hladinu alkoholu jako příjemnou. V této době již narůstají problémy v jeho okolí (v rodině, zaměstnání), na které abúzer reaguje vytvářením tzv. racionalizačního systému. Vytváří si systém omluv a vysvětlení ospravedlňujících jeho pití, kterým odpovídá na stoupající kritiku ze svého okolí. Velmi charakteristickým jevem tohoto období je lhaní, podvádění a neplnění slibů. Shánění alkoholu, pití a zotavení se z opilosti zabírají jedinci stále více času. Vzhledem k tomu, že potřebuje stále vyšší dávky alkoholu a utrácí za něj větší množství peněz, přechází v tomto stadiu často k levnějším značkám. Přestává být vybíravý, důležitý je pocit opilosti ne to, co pije. Závislý člověk si již pomalu sám začíná uvědomovat, že jeho způsob pití, není zdravý.

*„Jestliže mu dříve alkohol problémy „řešil“, nyní, v tomto stadiu, které trvá léta a někdy bohužel i desetiletí, mu alkohol všechny životní problémy jen komplikuje a znásobuje.“ (Skála, 1988 str. 44)*

Objevují se také delší či kratší období abstinence či snahy o kontrolované pití, které se ale nedaří, a vzhledem ke ztrátě kontroly v pití ani dařit nemohou. V tomto stadiu je již jediným možným řešením trvalá abstinence.

**Postřehy ze stáží:** Na jednom ze skupinových sezení ambulance se pacient přiznal, že v období před abstinencí, byl v posledních měsících aktivního pití schopný vypít i Alpu, pokud doma neměl žádný alkohol a všechny obchody v okolí již byly zavřené, jen aby pocítil alespoň malé účinky alkoholu.

Konečné, chronické stadium: Výrazným znakem čtvrtého stadia je snížení tolerance na alkohol. V důsledku poškození jater není organismus schopen vypořádat se s tak vysokými dávkami alkoholu, a proto se závislý člověk ve čtvrtém stadiu závislosti opije mnohem nižším množstvím alkoholu oproti minulosti. Objevují se ranní doušky, neboť noc je příliš dlouhá přestávka v pití. Dochází také k degradaci osobnosti závislého jedince. (Dörner a kol., 1999)

Profous upozorňuje, že Jellinekem popsáný vývoj alkoholismu odpovídá destilátovému pití americké populace, na kterém byl mapován. Podle Profouse se v České republice dá hovořit



spíše o pivním typu pití, které produkuje potíže pomaleji a i v poněkud jiném sledu.(Profous, 2011) Pecinovská zas upozorňuje na fakt, že:

*„Vedle tohoto vývoje, začínajícího nenápadnou společenskou konzumací, se v posledních letech setkáváme se skupinou pacientů, kteří konzumují alkohol od počátku ve značném množství, s cílem se opít. ... U těchto jedinců dochází k rozvoji závislosti velmi rychle.“* (Heller, Pecinovská, 2011 str. 19)

Z popsaného je patrné, že změny jsou postupné (i když u jednotlivců rychlejší či pomalejší), z počátku dokonce velmi nenápadné. Během vývoje dochází ke změnám v myšlení a chování, k nárůstu a později k poklesu tolerance a především ke ztrátě kontroly v pití. V momentě, kdy se již vyvinula závislost, nezvládne závislý člověk tuto situaci zpravidla řešit sám. K trvalé abstinenci, která se stává jedinou cestou k uzdravě, je nutná pomoc odborníka v oblasti závislostí, popřípadě podpora svépomocné skupiny.

## **5 Duální diagnózy**

Duální diagnózou rozumíme výskyt dvou a více duševních poruch u jednoho jedince. Jedinci závislí na alkoholu mívají řadu psychiatrických potíží. Většina z nich je způsobena nadměrnou konzumací alkoholu a odezní spontánně či za podpory krátkodobé podpůrné medikace během několika týdnů po začátku abstinence. Mezi tyto potíže patří zejména nespavost a anxiózně-depresivní stavy. Velmi často se však kombinuje závislost na alkoholu s jinou, další psychickou poruchou. (Kalina a kol., 2003)

*„Většina osob závislých na alkoholu se vyvine původně z bezproblémových typů osobností (primární závislost na alkoholu) a jen menšina z lidí od počátku vybočujících z normality osobností (sekundární závislost na alkoholu).“* (Skála, 1988 str. 39)

*„Uvádí se, že další psychiatrickou diagnózu má 40-60% žen závislých na alkoholu, u mužů alkoholiků je to 20-40%. Nejčastěji jsou to depresivní a úzkostné poruchy, dále osobnostní poruchy, u mladých žen se nezřídka vyskytují poruchy příjmu potravy, ...“* (Popov in: Kalina a kol., 2003 str. 155)

U mužů se nejčastěji jako další psychiatrická porucha vyskytuje porucha osobnosti, u žen jsou to pak neurotické a afektivní poruchy a zmíněné poruchy příjmu potravy bulimického či anorektického typu. (Heller, Pecinovská, 2011) Otázkou je rozlišení mezi tzv. primární a sekundární závislostí na alkoholu. U některých jedinců se nejprve vyskytuje zneužívání alkoholu, a teprve později se manifestuje duševní porucha (např. propuknutí schizofrenie),

u jiných předchází psychická porucha závislosti na alkoholu (např. sociální fobie nebo posttraumatické stresové poruchy). Diagnostika primární poruchy je ale dosti obtížná. Co se vztahu mezi závislostí na alkoholu a přidružené duševní poruchy týče, příznaky obou chorob jsou v interakci a navzájem se ovlivňují. Pokud je diagnostikována návyková porucha a zároveň nějaký další duševní problém, je nutné zaměřit se v léčbě na obě nemoci. Léčba může být následná (nejprve se léčí jedna z poruch, později druhá), souběžná (ve stejném čase, ale na dvou různých pracovištích), nebo integrovaná (v jednom zařízení je pacient léčen s oběma problémy). (Kalina a kol., 2003)

## 6 Prevence závislosti na alkoholu

*„Prevence (u alkoholu a drog) je definována jako intervence určená k zamezení či snížení výskytu, šíření a škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog.“*  
([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-16])

Rozlišuje se prevence primární, sekundární a terciární.

1. Primární prevence má za cíl předcházet užití drog a alkoholu u jedinců, kteří se s drogou ještě nesetkali, nebo alespoň oddálit první kontakt s drogou. Má podporovat zrání člověka tak, aby co nejbezpečněji prošel vývojem až k nalezení vlastní identity.
2. Termín sekundární prevence se obvykle používá jako synonymum pro poradenství a léčení. Sekundární prevence je zaměřena na jedince, kteří již drogu užívají a jejím cílem je zabránit vzniku, rozvoji a přetrvávání závislosti. V dalších částech práce se zaměříme právě na tuto oblast prevence závislosti na alkoholu a její konkrétní podobu na Klinice adiktologie VFN.
3. Cílem terciární prevence je předcházet vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Patří sem kromě prevence zdravotních rizik u neabstijních jedinců také sociální rehabilitace, doléčování a podpora v abstinenci. Následnou péčí se rovněž budeme zabývat podrobněji v následujících částech textu.

(([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-16])

## 7 Léčba alkoholové závislosti

Výše jsme popsaly některé změny v organismu, ke kterým dochází v důsledku závislosti na alkoholu. Popsaly jsme také, které faktory mohou zapříčiňovat a také udržovat zneužívání alkoholu. Léčení závislosti by mělo zahrnovat všechny popsané faktory, které jsou součástí

bio-psycho-socio-spirituálního modelu, mělo by být komplexní co do metod i přístupů a vycházet vstříc potřebám pacientů.

*„Pokud má léčba přesáhnout za pouhou stabilizaci abusu návykových látek, tzn. aspirovat na komplexní úzdravu jedince, pak musí obsahovat nástroje, metodiky, techniky, které působí na všech čtyřech úrovních.“* (Kudrle in: Kalina a kol., 2003 str. 147)

Kromě detoxifikace a farmakoterapie musí zahrnovat rovněž tzv. psychosociální terapie, ke kterým patří individuální, skupinová, rodinná terapie, ale také terapie v léčebném společenství, v terapeutické komunitě. Jednotlivé metody by měly být vzájemně provázané, což je možné realizovat pouze prostřednictvím týmové práce. V přístupu k léčbě závislostí se proto využívá mezioborového přístupu, založeného na principu názorové plurality zainteresovaných odborníků (lékaři, psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, speciální pedagogové, ergoterapeuti a jiní). (Kalina a kol., 2003)

Jedinec závislý na alkoholu potřebuje během léčby především znovu získat kontrolu nad svým životem a být za něj plně odpovědný. Do této doby ovládal jeho život a svobodu nad ním plně nebo z velké části právě alkohol. Během léčby se musí znovu učit jak žít bez alkoholu, jak žít svobodně a odpovědně. Musí získat náhled na svou situaci, naučit se vnímat své emoce a pocity a učit se je adekvátně vyjadřovat, začít vnímat své opravdové potřeby a vhodným způsobem je uspokojovat. Pomocí terapie by si měli najít své místo ve společnosti, naučit se vytvářet zdravé mezilidské vztahy a najít nový smysl života.

Ještě než popíšeme konkrétní složky systému péče o závislé na alkoholu, chceme připomenout, že léčba alkoholové závislosti nevede k vyléčení (tedy k návratu do stavu před vznikem choroby), ale pouze k úzdravě (tzn. vymizení příznaků choroby),

*„pro jejíž udržení je nutné důsledné a trvalé dodržování bezalkoholní diety – vzdání se konzumace alkoholických nápojů v jakkoliv malém množství a trvale po celý život.“* (Heller, Pecinová, 2011 str. 121)

*„Abstinence je základní podmínkou léčby závislosti na alkoholu.“* (Popov in: Kalina a kol., 2003 str. 153)

*„Závislost na alkoholu je stav dobře léčitelný, ale léčba je většinou dlouhodobá a obezřetnost je třeba si zachovávat po celý život.“* (Nešpor, 2006 str. 12)

Je patrné, že na nutnosti dodržování důsledné abstinence se autoři textů o problematice léčby závislostí shodnou. V momentě, kdy pijící jedinec překročí hranici směrem k závislosti, je

kontrolované pití v podstatě nemožné. I po mnoha letech abstinence se po znovu napití dostává abstinující alkoholik velmi brzy tam, kde se nacházel před léčbou.

**Postřehy ze stáží:** Tento fakt nám potvrdilo několik pacientů z ambulantní terapeutické skupiny. Během stáže jsme hovořili s pacientkou, která se „rozpila“ po 13 letech abstinence. Z počátku měla dojem, že má situaci plně pod kontrolou, byla schopná vypít jen omezené množství alkoholu a nepokračovala v pití, pokud dosáhla tzv. špičky. Pila také pouze ve společnosti a dokázala pít jen jednou v týdnu. Během dvou až tří měsíců však začala pozorovat, že má chuť na alkohol čím dál častěji a vypije během večera více alkoholických nápojů. Postupně začala pít každý den a již cestou z práce si kupovala alkoholické nápoje, které ihned konzumovala. Půl roku od prvního napití po abstinenci ji na pracovišti přistihli opilou. Poté již získala jistotu, že situaci sama nezvládne a přihlásila se k ústavní léčbě. Po ní začala navštěvovat v rámci doléčování ambulantní skupinu. Momentálně znovu abstínuje cca 2,5 roku.

Je tedy podstatné, aby jedinec dokázal trvale abstinovat, naučil se předcházet relapsům a pokud již k lapsu či relapsu dojde, aby tuto situaci co nejdříve řešil. Popov připomíná, že u většiny pacientů ale nedochází k trvalé abstinenci po první léčbě. (Kalina a kol., 2003) Mnozí abstinující alkoholici se k pití vracejí. Ostatně relapsy a recidivy jsou považovány za součást onemocnění a s tímto faktem se v léčbě pracuje. Otázku předcházení relapsů však zařadíme později. Nyní popíšeme jednotlivé složky systému péče o osoby závislé na alkoholu a také metody, které se v léčbě závislostí využívají. Jakákoli léčba závislostí (pomineme-li substituční metadonovou léčbu) může být účinná pouze tehdy, je-li pacient střízlivý, respektive neobjevuje-li se u něj syndrom odnětí psychoaktivní látky.

## **7.1 Systém péče**

### **7.1.1 Detoxifikace**

Detoxifikace bývá začátkem dlouhé cesty léčení. Není nutná ve všech případech, nicméně u mnoha pacientů je prvním krokem v léčbě, na kterou pacient musí nastupovat neintoxikován a bez odvykacích příznaků.

Smyslem detoxifikace je zastavit užívání alkoholu (popřípadě i jiné návykové látky) a minimalizovat symptomy odvykacího syndromu a riziko poškození organismu. Detoxifikace je většinou prováděna na detoxifikační jednotce, která je součástí všeobecné nebo psychiatrické nemocnice. Během léčby jsou pacientům podávány medikamenty zmírňující odvykací stav, jejichž dávky jsou postupně snižovány až k úplnému vysazení. Velmi

důležitou součástí péče je doprovodná individuální či skupinová psychoterapie, které se zaměřují zejména na motivování pacienta k další léčbě a k abstinenci. (<http://www.abstinence.cz/onas.php> [Cit. 2013-3-23])

#### **7.1.1.1 Odvykací stavy u alkoholu**

Alkoholový odvykací stav se vyskytuje především u osob s dlouhodobým a intenzivním abúzem alkoholu. Objevuje se nejčastěji během několika hodin až dní po přerušení nebo podstatném snížení konzumace alkoholu. Podoby odvykacího stavu jsou různé, od nekomplikovaných odvykacích příznaků, které lze zvládat i ambulantně, až po život ohrožující stavy, při kterých je nutná hospitalizace. Mezi charakteristické projevy odvykacího stavu u alkoholu patří: třes rukou, pocení, závratě, úzkost, psychomotorický neklid, přechodné halucinace, nevolnost či zvracení, bolesti hlavy, poruchy spánku a bažení. Odvykací stav odeznívá většinou během 4-5 dní (pokud nedojde ke komplikacím, jako jsou epileptické záchvaty nebo křeče).

Za nejzávažnější odvykací stav u alkoholu můžeme označit delirium tremens. Jde o závažný stav, jehož následkem může být i smrt. Rozvíjí se u 5-6% závislých na alkoholu, nejčastěji 2-3 den po přerušení konzumace alkoholu.

*„Pravděpodobnost rozvoje deliria je nejvyšší po náhlém přerušení dlouhodobé, každodenní a masivní konzumace alkoholu...“* (Heller, Pecinovská, 2011 str. 74)

Delirium tremens se mimo jiné projevuje dezorientací v čase i místě, zrakovými a sluchovými halucinacemi, vystupňovanou úzkostí, bludy, dále výrazným psychomotorickým neklidem, hrubým třesem, záchvaty křečí, tachykardií, pocením a zvracením. Typickým znakem je inverze spánku, neboť příznaky se zhoršují především v noci a nedovolí postiženému jedinci spát. Delirium trvá většinou 3-6 dní a je ukončeno hlubokým spánkem. (Heller, Pecinovská, 2011)

*„Léčba deliria zahrnuje přiměřené farmakologické tlumení neklidu a vegetativní hyperaktivity, substituci minerálů, tekutin a vitamínů, prevenci a léčbu komplikací, nutné je trvalé sledování stavu a vitálních funkcí, u těžkých delirií je nutné monitorování na jednotce intenzivní péče.“* (Heller, Pecinovská, 2011 str. 78)

#### **7.1.1.2 Craving (bažení) a relaps**

Glosář pojmů definuje craving jako silnou touhu po psychoaktivní látce nebo pocit puzení tuto drogu užít. Craving je jedním z kritérií pro diagnózu závislosti, je však také příznakem

odvykacích stavů. ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-16]) Proto jsme se rozhodli zařadit kapitolu o bažení do této části textu.

Rozlišuje se craving tělesný a psychický. Tělesný craving vzniká při odeznívání účinku návykové látky, zatímco psychický craving se může objevit i po delší době abstinence.

**Postřehy ze stáží:** Klientka ambulantní skupiny se svěřila s tím, že po více než 8 letech abstinence pocítila nedávno nebyvale silnou touhu se napít. Uvedla, že touha po alkoholu se objevila poté, co strávila den u rodičů, kde se konala oslava matčiných narozenin. Během odpoledne se několikrát otec choval k matce nevybíravě, matka s brekem odešla do koupelny. Klientka začala obhajovat matku před otcem a sdělila mu, že by se v den matčiných narozenin mohl chovat k matce slušně. Poté šla matku utěšovat. Když večer odcházela od rodičů, dostavilo se bažení. Klientka si uvědomila, že stejné situace, kdy byl otec hrubý na matku a ona matku bránila a utěšovala, zažívala jako dítě a dospívající. V době dospívání pak začala napětí ze situace doma řešit užíváním návykových látek. V obdobné situaci po letech se jen znovu objevil starý a dříve zajetý vzorec chování: konflikt mezi rodiči → napětí → uvolnění napětí návykovou látkou.

Některé příznaky cravingu:

1. nutkavé vzpomínky na pocity pod vlivem alkoholu nebo představy na toto téma
2. bušení srdce, svírání na hrudi, svírání žaludku, sucho v ústech, bolesti hlavy
3. silná touha po alkoholu, úzkost, neklid, vzrušení a podrážděnost a zhoršené vnímání okolí ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-16])

Nešpor uvádí, že bažení je nejsilnější, když je alkohol dostupný (např. na večírku), také v počátcích abstinence a při negativních duševních stavech (např. při depresích či úzkostech). (Nešpor, 2006) Při léčbě alkoholové závislosti se mimo jiné pracuje na umění překonávat zmíněné stavy bažení po alkoholu a vyhýbat se pokud možno situacím, které by mohly craving vyvolat.

S bažením úzce souvisí nebezpečí relapsu (návrat k pití po určité době abstinence). Problematicke prevence relapsu je potřeba věnovat péči již během léčebného programu. Není vhodné odsouvat tuto ji až do programů následné péče či se jí nevěnovat vůbec. Závislost na alkoholu je chronické onemocnění, u kterého je třeba s recidivami počítat a již během léčby se zaměřit na zlepšení sebekontroly pacientů, na schopnost předvídat rizikové situace a zlepšení dovednosti jejich zvládnutí. Navíc, jak píše Kalina:

*„Systematická pozornost věnovaná cravingu a prevenci relapsu přináší do programu další účinné faktory, které zvyšují pravděpodobnost udržení klienta v léčbě a tím dosažení léčebného efektu.“* (Kalina in: Kalina a kol., 2003 str. 113)

Jako rizikové situace můžeme označit negativní emoční stavy (hněv, strach, úzkost, deprese, nuda), interpersonální konflikty, sociální tlak (např. setkání s lidmi, kteří mu nabízejí skleničku alkoholu), negativní fyzické stavy (dlouhodobé bolesti) a testování kontroly (např. abstinující alkoholik jde pozdravit své známé pijany do restaurace, kde dříve popíjel). Jednou z důležitých dovedností je naučit se předvídat, které situace mohou být nebezpečné. Pokud to jde, je nejlépe se takovým situacím vyhnout. Ne vždy je ale možné úspěšně se riziku vyhýbat a ne vždy je možné riziko anticipovat. Proto je zapotřebí, aby si abstinující osoba rovněž osvojila dovednosti zvládání rizikových situací.

*„Právě tato schopnost zvládání je stěžejním prvkem prevence relapsu. Dalšími dvěma základními prvky prevence relapsu je zvyšování náhledu (uvědomění) a stabilizace životního stylu.“* (Kuda in: Kalina a kol., 2003 str. 119)

Pokud již k lapsu či relapsu dojde, měl by být člověk z léčby vybaven dovednostmi a strategiemi, jak se vyhnout tomu, aby se relaps rozvinul v nekontrolované pití.

#### **7.1.1.3 Motivace, klíčový faktor léčby**

Připomeňme, že jednou z důležitých součástí péče na detoxifikačním oddělení je snaha motivovat pacienta k další léčbě. Probudit v něm vnitřní motivaci ke změně je však úkol nesnadný. Je zřejmé, že pacient, který vnímá své problémy s pitím jako nepříjemné či dokonce ohrožující, bude k léčbě a následné abstinenci více motivován než jedinec, který si své problémy neuvědomuje nebo je bagatelizuje. Jak ale pacienta přesvědčit, že ho pití alkoholu ohrožuje? Miller a Rollnick navrhuji použít tzv. metodu motivačního rozhovoru.

*„Motivační rozhovor je metoda, která pomáhá lidem poznat svůj existující nebo blížící se problém a něco s ním udělat. Je zvláště účinná v případě lidí, kteří se změnou váhají nebo jsou velmi nerozhodní.“* (Miller, Rollnick, 2004 str. 46)

Zároveň napomáhá připravit cestu k další terapeutické práci a ke změně. Důležitým rysem teorie motivačních rozhovorů je víra, že v každém člověku existuje možnost změny. Během motivačního rozhovoru jde především o to, aby si pacient uvědomil svou zodpovědnost za změnu a její udržení, ukázat mu, že věříme v jeho schopnosti. Cílem je navýšit jeho vnitřní motivaci, která je pro změnu klíčová (vnější motivace – hrozba rozvodu či ztráty zaměstnání může být prospěšná v začátku léčby, ale pro trvalou abstinenci je nutné, aby chtěl pacient

změnu sám za sebe). Je potřeba, aby si uvědomil, že jediný, kdo může změnu provést je on sám a že nikdo jiný to za něj ani udělat nemůže. Typické pro vedení motivačních rozhovorů je nedirektivní směřování pacienta k žádoucím změnám, v našem případě k abstinenci. Podle toho v jaké fázi průběhu změny se nachází, volí terapeut vhodné motivační postupy. Mezi ně patří:

1. vyjádření empatie
2. rozvíjení rozporů (mezi jeho současným chováním a jeho cíli do budoucna)
3. vyhýbání se argumentaci a přímým hádkám (nevzdává se však konfrontace, která má ale být „měkká“ a jejímž cílem má být, aby pacient dokázal vidět svou situaci jasně, má vést k sebeuvědomění)
4. otočení odporu (odpor pacienta terapeut využívá k tomu, aby ho vtáhl do procesu řešení potíží)
5. podpora vlastních schopností pacienta (Miller, Rollnick, 2004)

Z výše uvedeného je patrné, že změna není jednotlivou událostí, ale procesem. Pro úplnost tedy uvádíme fáze změny<sup>2</sup> a terapeutické strategie, které v jednotlivých fázích procesu terapeut uplatňuje:

1. Prekontemplace – úkolem terapeuta je vyvolat u pacienta pochybnosti, posílit jeho vnímání nebezpečí a potíží, které mu přináší jeho stávající chování. Pacient zatím nemá dostatečný náhled.
2. Kontemplace – pro tuto fázi je charakteristická ambivalence pacienta vzhledem ke změně. Na jednu stranu chce přestat pít, na druhé straně se mu pití stále líbí. Terapeut by měl naklonit rovnováhu směrem k rozhodnutí ke změně a podpořit pacienta v jeho rozhodnutí směrem ke změně.
3. Rozhodnutí – při rozhodování by měl terapeut pacientovi pomoci, aby se rozhodl pro nejlepší variantu léčení.
4. Akce - cílem této fáze je realizace změny, tj. nástup do léčby. Terapeut by měl pomoci při udržování motivace v průběhu léčení.
5. Udržování – je důležité nastalé změny udržet. Terapeut pomáhá pacientovi najít a použít metody, které zabrání relapsu.
6. Relaps – pokud nastane návrat k původnímu chování, je terapeutovým úkolem pomoci pacientovi zvládnout náročnou situaci a obnovit záměr (2) a rozhodnutí (3), podpořit

---

<sup>2</sup> Tzv. kruhový model změny, jež popisuje, kterými fázemi lidé v průběhu změny procházejí, vyvinuli psychologové James O. Prochaska a Carlo C. DiClemente, na které se Miller a Rollnick odvolávají.



akci (4) a udržovat (5) její výsledky. Měl by tedy pacientovi pomoci, aby pokračoval na kole změny. (Miller, Rollnick, 2004)

*„Je zcela běžné, že člověk během procesu, dříve než dosáhne stability, projde všemi fázemi několikrát.“* (Miller, Rollnick, 2004 str. 15)

Z výše popsaného je patrné, že otázka motivace se netýká pouze počátků léčby, ale prostupuje i celou léčbou, obdobím doléčování a dotýká se i těch, kteří abstinují delší dobu. I z tohoto důvodu jsme věnovali tématu motivace ke změně, respektive k léčbě a následné abstinenci poměrně velký prostor.

Nyní se zaměříme na jednotlivé složky systému péče o osoby závislé na alkoholu.

### **7.1.2 Ambulantní léčba**

Ambulantní lékařská péče o závislé na alkoholu se poskytuje především v ambulantních ordinacích AT pro prevenci a léčbu závislostí. Jedná se o typ péče, při níž pacient není vyčleněn z původního prostředí. Při ambulantní formě léčení dochází pacient do zařízení, kde se léčba poskytuje, přičemž délka kontaktu, frekvence kontaktů a doba docházení je přizpůsobená jeho potřebám. Ambulantní léčba zahrnuje především psychoterapii (individuální, skupinovou a rodinnou), farmakoterapii a socioterapii (která napomáhá návratu pacienta do běžného života bez alkoholu).

Nejčastější formou ambulantní léčby jsou individuální rozhovory (poradenské nebo terapeutické) a frekvence návštěv je většinou 1x týdně. V počátku léčby, či v době krize může být tato frekvence navýšena. Při stabilizovaném stavu dochází k postupnému rozvolňování návštěv a intervaly setkání jsou delší (např. 1x za 14 dní, později i 1x za měsíc).

Ambulantní péče může mít i skupinovou formu. Skupiny se schází obvykle 1x do týdne a délka se tkání je nejčastěji 1,5 hodiny.

*„Ambulantní léčba je vhodná pro klienty s nižším potenciálem pro relaps, větší schopností sebekontroly a motivací ke změně a s podpůrným nebo alespoň neškodícím sociálním zázemím.“* ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-19])

Ve zdravotnických zařízeních se využívá i farmakoterapie. Při ambulantní léčbě alkoholové závislosti jde nejčastěji o Antabus (viz kapitola Farmakoterapie). Bývají předepisovány i anticravingové léky či léky ke zmírnění doprovodných psychických příznaků (úzkost, vztahovačnost atd.). (Nešpor, 2006)

Za ideální personální složení AT ordinací je považován terapeutický tým složený z vedoucího lékaře (s praxí v oboru a s atestací z oboru AT), sekundárního lékaře, klinického psychologa, zdravotní sestry a sociální pracovnice. (Kalina a kol., 2003)

Ordinace AT představují základní článek péče o uživatele návykových látek a závislé. Bývají často místem prvního kontaktu, přičemž další návaznosti jsou zejména na ústavní léčbu. (Kalina a kol., 2003)

### **7.1.3 Denní stacionář**

Denní stacionář je zařízení, které se nachází „na půli cesty“ mezi ambulantní a ústavní péčí. Stacionáře jsou určeny převážně pro uživatele nelegálních drog, proto se o nich zmíníme pouze okrajově.

Denní stacionáře poskytují denní péči v pracovní dny, v běžné pracovní době. Strukturovaný program nabízí většinou skupinovou psychoterapii, pracovní terapii, sportovní a kulturní a jiné aktivity. Léčba ve stacionářích je určena osobám, které jsou schopné abstinovat bez vyčlenění z původního prostředí. Také těm, kteří dokončili ústavní léčbu. Stacionář jim usnadňuje přechod do běžného života a do doléčování.

### **7.1.4 Střednědobá ústavní léčba**

Střednědobou ústavní léčbu můžeme definovat takto:

*„Léčba v lůžkovém zařízení obecně (jako protiklad léčby ambulantní) nebo v užším smyslu léčba na specializovaném oddělení nemocnice nebo psychiatrické léčebny. Podmínkou je vždy lékařské vedení a strukturovaný program.“* ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-19])

Střednědobá ústavní léčba má trvání v délce 3-6 měsíců. Program léčby by měl být komplexní a strukturovaný (průběh léčby má své jednotlivé fáze, dále je dána jasná struktura dne i celého týdne) s jasným souborem pravidel. Měl by nabízet skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii, farmakoterapii, sociální práci, program prevence relapsu a rehabilitační aktivity (tj. pracovní terapie, sportovní terapie, trénink sociálních dovedností). (Heller, Pecinovská, 2011)

Tým zařízení má být vzhledem ke komplexnímu programu léčby multidisciplinární. Tým by měl vést specialista na psychiatrii, popřípadě na oblast návykových nemocí. Měli by v něm být zastoupeni lékaři, zdravotní sestry, kliničtí psychologové, jiní odborně vzdělaní psychoterapeuti, sociální pracovníci, pracovní terapeuti, popřípadě další pracovníci.

Cíle ústavní léčby jsou především tyto: trvalá abstinence od všech návykových látek, vybudování náhledu, postupné řešení důsledků závislosti na alkoholu, zvnitřnění abstinenčních norem, zvnitřnění struktury dne a týdne, identifikace rizik relapsu a získání dovedností pro minimalizování těchto rizik, některé změny v původním prostředí (např. suchý dům, změna trávení volného času), přiměřené zlepšení sebehodnocení a přiměřené zlepšení prožívání. (Kalina a kol., 2003)

Střednědobou ústavní léčbu popíšeme ještě detailně v praktické části práce, kde ukážeme, jak konkrétně vypadá léčba tohoto typu.

### **7.1.5 Následná péče, doléčování**

Důležitou součástí léčby závislosti na alkoholu je doléčování. Jak již bylo několikrát zmíněno, závislost na alkoholu je chronické onemocnění se sklonem k relapsům. Je tedy žádoucí, aby existovala zařízení, která pomohou abstinujícím závislým udržet změny navozené během léčby. Intenzivní doléčovací program totiž významně zvyšuje efektivitu léčby a měl by trvat minimálně 6-12 měsíců po dokončení ústavní léčby. Hlavním cílem doléčování je stabilizace změn v životním stylu a postupné rozvolňování vazeb pacienta na daný program a posilování pacientovi samostatnosti. Udržovací kontakt se zařízením následné péče je však žádoucí i po několika letech abstinence, neboť:

*„...ke stabilizaci všech změn v pacientovi a v jeho okolí dochází v průběhu třetího roku a tento stav vyžaduje stále pozornost odborníka.“* (Heller, Pecinovská, 2011 str. 132)

*„Doléčování s využitím dobrého doléčovacího programu, v dostatečné délce a s trvalým aktivním přístupem, může zajistit spokojený život a je proto stejně důležité jako léčba vedoucí k vytvoření náhledu a tím ke spolupráci pacienta. Pacient se tak dostává od prvního pocitu nesmím k pocitu nechci až k výslednému nemusím.“* (Heller, Pecinovská, 2011 str. 157)

Doléčování může mít různé formy: tzv. opakovací léčby, doléčovací skupiny v rámci lůžkových oddělení, přechod do péče ambulantních zařízení, docházení na setkání svépomocných skupin (např. hnutí Anonymní Alkoholici či KLUS).

*„zahrnuje celé spektrum intervencí, které jsou nezbytné ke zdárnému dokončení procesu uzdravy ze závislosti na návykových látkách, což je zejména: prevence relapsu, podpůrná skupinová terapie, individuální terapie či poradenství, volnočasové aktivity, sociální práce, pracovní poradenství, chráněné bydlení, chráněná pracovní místa a rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky.“* ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-21])

Co se personálního složení týmu programu následné péče týká, uvádí Kuda, že následná péče musí obsahovat tyto profese: psycholog, speciální pedagog a sociální pracovník. Kuda upozorňuje, že pro tento typ programů mohou být velkým přínosem tzv. ex-useři (bývalí uživatelé návykových látek, kteří dlouhodobě abstinují). Podmínkou by mělo být absolvování odborného vzdělání a práce pod supervizí. (Kalina a kol., 2003)

Popsané složky péče o osoby závislé na alkoholu využívají v různé míře níže uvedené léčebné metody.

## **7.2 Léčebné metody**

### **7.2.1 Farmakoterapie**

Farmakoterapie má v léčbě závislosti na alkoholu své nedílné místo. Lze ji rozdělit na tři oblasti:

1. medikace cílená k závislosti
2. medikace podávaná k mírnění škod vzniklých při užívání alkoholu
3. medikace části pacientů s duální diagnózou, která je specifická pro danou duševní poruchu (Kalina a kol., 2003)

V léčbě závislosti na alkoholu se medikamentózní léčba využívá při detoxikaci, kdy odvykací symptomy jsou léčeny pomocí barbiturátů či benzodiazepinů, dále jsou pacientům doplňovány minerály, vitamíny skupiny B a glukóza. (<http://www.drnespor.eu/addictcz.html> [Cit. 2013-3-12]) Při bludech a halucinacích se podávají neuroleptika. (Rotgers a kol., 1999) Některým pacientům jsou podávány tzv. anticravingové preparáty, které pomáhají pacientovi/klientovi zvládat silnou touhu po alkoholu a předcházejí případnému relapsu. Jedná se o naltrexon a akamprosát. (Nešpor, 2006)

*„Zvláštní kapitolou u závislých na alkoholu je senzitivující přípravek disulfiram (Antabus).“*  
(Bayer in: Kalina a kol., 2003 str. 19-20)

Disulfiram je preparát, který zvyšuje vnímavost organismu k alkoholu. Po požití alkoholu při současném užívání Antabusu vznikne výrazná vegetativní reakce. Dojde ke zvýšení krevního tlaku, tachykardii, zrudnutí obličeje, bolestem hlavy, nevolnosti, zvracení a obtížnému dýchání. Očekávání nepříjemné reakce pacienta odrazuje od konzumace alkoholu a chrání ho tak před napitím. Antabus bývá užíván na počátku ambulantní léčby či v počátcích doléčování, na vyžádání i během vycházek u lůžkové léčby. Antabus je podáván zpravidla

2x do týdne. Léčba Antabusem vyžaduje souhlas pacienta a předchozí lékařské vyšetření. (Nešpor, 2006)

U některých pacientů dochází ke kombinaci závislosti na alkoholu a jiné duševní poruchy. V takovém případě je důležitá farmakologická léčba dalších psychiatrických poruch, která může zlepšit jak samotnou psychiatrickou poruchu, tak pocíťovanou potřebu a samotné užívání alkoholu (např. užívání antidepresiv u osob trpících depresiemi či anxiolytik u úzkostných poruch). (Rotgers a kol., 1999)

Farmakoterapie však nemůže být jedinou intervencí v léčbě alkoholové závislosti. Jako samostatná metoda není dostatečně efektivní. Naopak při kombinaci farmakoterapie a psychoterapie v léčbě, můžeme očekávat aditivní účinek, tj. sčítající se efekt obou terapií. (Kalina a kol., 2003) Psychoterapie a farmakoterapie se zaměřují na rozdílné oblasti symptomů nebo problémů, kombinací farmakoterapie a psychoterapie v léčbě tedy můžeme výrazně vylepšit úspěšnost léčby. (Rotgers a kol., 1999)

### 7.2.2 Psychoterapie

Psychoterapie je jedním ze základních přístupů v péči o osoby závislé na alkoholu. Glossář pojmů definuje psychoterapii jako:

*„Intenzivní interpersonální proces zaměřený na změny ve více podstatných psychologických vlastnostech klienta či pacienta, jako je osobnostní struktura, sebepojetí, prožívání, hodnoty atd. K dosažení změny používá psychoterapie psychologických prostředků, tj. rozhovor, mlčení, mimiku a jiné neverbální komunikační prostředky, emoční vztahy, učení, působení na sociální prostředí a jiné. Rámcem a předpokladem psychoterapie je terapeutický vztah.“* ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-22])

Miovský a Bartošíková uvádějí tuto definici:

*„Psychoterapie je odborné užívání psychologických prostředků při prevenci, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví. Je součástí bio-psycho-sociálního přístupu ke zdraví a často do léčebné péče zahrnuje nejen klienta samotného, ale i osoby pro něj důležité, zvláště jeho rodinu.... Od její aplikace se očekává odstranění nebo zmírnění psychologicky ovlivnitelných potíží a nejlépe též příčin těchto obtíží. V jejím průběhu dochází ke změnám v prožívání a chování klienta.“* (Miovský, Bartošíková in: Kalina a kol., 2003 str. 25)

Postupy psychoterapie se různí podle jednotlivých psychoterapeutických škol. V léčbě závislostí se nejvíce využívají prvky zdůrazňující strukturu a její zvnitřnění, sociální učení

prostřednictvím nápodoby a konfrontace, sebepoznávání a v neposlední řadě osobnostní růst. Cílem je, aby pacient změnil své chování, které není slučitelné s abstinencí, aby průběžně poznával sebe sama a rozvíjel mezilidské vztahy, aby se naučil pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem. (Kalina a kol., 2003) Vymětal uvádí, že:

*„cíl psychoterapie vidíme ve změnách osobnosti a organismu, chování a sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou předem stanoveny a v procesu terapie dosahovány psychologickými prostředky (tj. vztahem a komunikací s terapeutem, korektivní zkušeností a zabudováním těchto zkušeností do osobní struktury a vývoje).“* (Vymětal, 2004 str. 30)

Základem psychoterapie je pevný terapeutický vztah (ať už se jedná o individuální, skupinovou či rodinnou terapii), který je předpokladem úspěšné léčby. Vavrda označuje psychoterapeutický vztah za jeden z nejvýznamnějších prostředků psychoterapie. (Vavrda in: Vymětal, 2004) Pacient musí terapeutovi důvěřovat, spolupracovat s ním a být ochoten na sobě pracovat, aby bylo možné kýžené změny dosáhnout. Na druhé straně by měl terapeut pacienta přijímat i s jeho zvláštnostmi, poruchami či patologií, měl by se do něj umět vcítit a měl by mu nabídnout kompetentní a profesionální přístup. Také náklonnost a důvěru v pacientovi schopnosti změnu uskutečnit. Pacient i terapeut by k sobě měli přistupovat s respektem a neměli by překračovat meze rolí, které jim udává terapeutický vztah. (Vymětal, 2004)

*„Cílem psychoterapeutického vztahu je spustit a řídit psychoterapeutický proces ústící v optimálním případě v předem naplánovanou změnu v osobnosti či chování klienta...“* ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-22])

Terapeutický vztah můžeme považovat za nejdůležitější prostředek, který psychoterapie využívá, není však jediný. K dalším prostředkům psychoterapie řadíme např. uspořádání situace v psychoterapii, rozhovor, učení, imaginaci, sugesci či relaxaci. Jednotlivé prostředky se užívají v různých kombinacích podle psychoterapeutické školy, kterou terapeut užívá. (Vavrda in: Vymětal, 2004)

Mezi hlavní psychoterapeutické směry, které se uplatňují v léčbě závislosti na alkoholu, patří behaviorální a kognitivně behaviorální terapie (jde o dominantní směry v léčbě), dále hlubinná a dynamicky orientovaná psychoterapie, humanistická psychoterapie, rodinná a systemická psychoterapie a integrativní přístup. (Kalina a kol., 2003) Heller jako nejčastěji užívané psychoterapeutické směry v terapii závislostí uvádí integrativní a kognitivně

behaviorální psychoterapii s formami racionální, sugestivní, abreaktivní, psychoanalytické, interpersonálně korektivní a další. (Heller, Pecinovská, 2011)

Podle délky trvání dělíme psychoterapii na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Krátkodobá psychoterapie netrvá déle než 3 měsíce a překrývá se s krizovou intervencí. Střednědobá psychoterapie má trvání 3-6 měsíců. Spadá sem ústavní léčba alkoholové závislosti v psychiatrických léčebnách. Jako dlouhodobou označujeme léčbu trvající déle než 6 měsíců. (Vymětal, 2004) Do této kategorie můžeme zařadit léčení většiny pacientů alkoholové ambulance Apolináře.

Na tom, jak bude terapie účinná se podílí mnoho faktorů. Nezáleží pouze na terapeutovi, jeho schopnostech a zkušenostech, na kvalitním vztahu mezi terapeutem a pacientem, ale také na připravenosti pacienta pro terapii. Záleží na pacientově motivaci, respektive na vzbuzení motivace u pacienta, a na pacientově chuti v terapii aktivně spolupracovat. (viz kapitola Motivace, klíčový faktor léčby)

#### **7.2.2.1 Individuální psychoterapie**

V individuální psychoterapii je působení terapeuta zaměřeno na jednotlivce. Individuální psychoterapie probíhá za účasti pouze dvou osob, psychoterapeuta a pacienta. Miovský a Bartošíková udávají, že individuální terapie je indikována například v těchto případech: u pacientů s duální diagnózou, v krizových situacích nebo za účelem osobního růstu pacienta. (Kalina, a kol., 2003) V léčbě alkoholové závislosti je však individuální terapie využívána spíše v doléčování a v ambulanci. Frekvence sezení je určována individuálně, délka sezení je většinou 60 minut. V lůžkové léčbě je možné si vyžádat individuální konzultaci, nicméně jako hlavní forma psychoterapie je využívána psychoterapie skupinová.

#### **7.2.2.2 Skupinová psychoterapie**

Za základní nástroj v léčbě alkoholové závislosti můžeme označit skupinovou psychoterapii.

*„Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem.“* (Kratochvíl, 2005 str. 15)

Kratochvíl dále řadí ke skupinové dynamice cíle a normy skupiny, vůdcovství, soudržnost a tenzi, projekci minulých zkušeností a vztahů do aktuálních interakcí, vytváření podskupin a vztahy jedinců a skupiny. Také jmenuje faktory, které podle něj působí ve skupinové psychoterapii léčebně.

1. členství ve skupině – pacient se tu cítí mezi svými, vidí, že ostatní řeší obdobné problémy a že dokážou porozumět těm jeho
2. emoční podpora – pacient je ostatními přijímán, ostatní mu naslouchají a snaží se mu porozumět, k faktorům emoční podpory řadí Kratochvíl také skupinovou soudržnost a dodávání naděje
3. pomáhání jiným – pacient pomáhá jiným ve skupině, např. tím, že jim poskytuje podporu nebo jim dává zpětné vazby, to mu přináší pocit užitečnosti a potřebnosti
4. sebeexplorace a sebeprojevení – pacienti jsou nabádáni k aktivnímu zkoumání sebe sama a k otevřenému sdělování informací o sobě, včetně skrytých myšlenek, tužeb, skrývaných zážitků.

**Postřehy ze stáží:** Několikrát jsme zažili moment, kdy se pacienti světili skupině s tím, že sdělenou informaci ještě nikdy nikomu neřekli, ani svým nejbližším, protože informace by jinde nebyla pochopena a přijata.

5. odreagování – jde o silné projevení afektu, vynesení na povrch potlačených emocí, často je vyprávění doprovázeno pláčem, nadáváním, vyjadřováním pocitů křivdy, strachu atd. odreagování vede často k pocitům úlevy
6. zpětná vazba, konfrontace – zpětná vazba poskytuje jedinci informaci o tom, jak jeho chování působí na druhé, může být kladná i negativní, negativní zpětná vazba (vyvážená kladným vztahem a úměrná schopnosti kritizovaného kritiku snést) je v léčbě závislostí považována za velmi přínosný a účinný faktor
7. náhled – pacient je díky náhledu schopen porozumět sobě a své situaci, poznává dosud neuvědomované souvislosti mezi svým chováním a svou psychikou
8. korektivní emoční zkušenost –

*„představuje silně emočně podbarvené prožití vztahu či situace, které opravuje nesprávnou generalizaci, vyvolanou minulými traumatizujícími zážitky“* (Kratochvíl, 2005 str. 166),

korektivní emoční zkušenost umožní do budoucna pacientovi správně vyhodnotit určité situace (nezobecňovat je nesprávně) a tudíž přiměřeně reagovat

9. zkoušení a nácvik nového chování – pacient na základě negativních zpětných vazeb zjišťuje, že jeho způsoby chování nejsou vždy vhodné, postupně dochází ke zkoušení nových způsobů chování, pokud na nové chování získává od členů skupiny kladné



zpětné vazby, toto chování se upevňuje a postupně se přenáší i mimo skupinu, v tomto procesu se uplatňuje i učení nápodobou

10. získání nových informací a sociálních dovedností – ve skupině získává pacient mnoho informací o interpersonálních vztazích a o vhodných a nevhodných interpersonálních strategiích; kromě získávání informací se také učí novým sociálním dovednostem

(Kratochvíl, 2005)

Yalom a Leszcz rozlišují těchto 11 základních faktorů ve skupinové psychoterapii:

1. dodávání naděje
2. univerzalitu (i ostatní na tom mohou být podobně jako já, nejsem jediný, koho se týká tento typ problémů)
3. poskytování informací (např. informace o závislosti na alkoholu, vysvětlení určitého jevu, např. bažení),
4. altruismus (pacienti si navzájem pomáhají, poskytují si podporu, sdílejí s ostatními stejné problémy)
5. korektivní rekapitulaci primární rodiny (skupina nabízí prostor pro znovuprožití dávných rodinných konfliktů, které jsou ale prožívány jinak – korektivně)
6. rozvoj sociálních dovedností
7. napodobující chování
8. interpersonální učení (může klientovi nabídnout korektivní emoční zkušenost, to je vystavení pacienta emočním situacím, které v minulosti nedokázal zvládnout, ale za vhodnějších okolností; nestačí však jen silný prožitek, aby bylo dosaženo korektivní zkušenosti, je potřeba také pomocí rozumu pochopit souvislosti této emoční zkušenosti; důležité je, aby se klient naučil vytvářet uspokojivé interpersonální vztahy; jednotlivci ve skupině si díky zpětným vazbám, které dostávají, a díky vlastnímu pozorování začnou lépe uvědomovat významné rysy svých vztahů a chování; zjišťují, že jejich chování má vliv na to, jaké postoje k nim druzí zaujmají, díky tomu si začne připouštět osobní odpovědnost vůči vztahům, které má s ostatními lidmi; to může být podnětem ke změně v chování, kterou nejprve „vyzkouší“ ve skupině a postupně se projeví ve vztazích i vně skupiny),
9. skupinovou soudržnost („*je pro skupinovou terapii tím, čím je terapeutický vztah pro terapii individuální*“ (Yalom, a další, 2007 str. 69); vytváří podmínky pro působení ostatních faktorů; navozuje pocit bezpečí, umožňuje pacientům riskovat, emocionálně sdílet vlastní vnitřní svět s ostatními, intrapersonální a interpersonální exploraci,

otevřenou komunikaci i konstruktivní vyjadřování konfliktu; pro dlouhodobou skupinovou terapii je vhodné stabilní složení skupiny)

10. katarzi

11. existenciální faktory

Jednotlivé faktory nemohou fungovat samostatně, naopak jsou na sobě navzájem závislé. (Yalom a kol., 2007)

Jednotliví klienti mohou mít prospěch z odlišných kombinací popsaných faktorů. Stručně řečeno, každý reaguje na různé podněty různě, jinak je prožívá a jinak si je vykládá. Pro někoho může být konkrétní podnět v léčbě zásadní a druhý jej ani nezaznamená, protože pro něj není podstatný. Faktory a zážitky, které mohou být významné a prospěšné pro jednoho pacienta, mohou být pro druhého nepodstatné. Účinnost faktorů může záviset i na různých vlastnostech osobnosti a různých očekáváních členů skupiny.

Kratochvíl také upozorňuje na obecné zásady práce ve skupině, které dávají základní rámec skupinové práci. Jde o zásadu otevřenosti a upřímnosti (je potřebné, aby pacienti vyjadřovali své pocity, aby hovořili o všem, co do skupiny patří, aby neříkali nepravdu), zásadu zodpovědnosti v jednání (dodržování základních pravidel společenského soužití, dodržování pravidel skupiny jako je včasný příchod na skupinové setkání atd.) a zásadu dodržování důvěrnosti (co je řečeno na skupině, to v ní má také zůstat; pro pocit bezpečí a jistoty je důležité, aby jednotliví členové skupiny byli obeznámeni s tím, že ze skupiny se nevynášejí žádné důvěrné informace). Další zásady zaváděné některými skupinami jsou: právo říci stop nebo požadavek tolerantnosti. (Kratochvíl, 2005)

Skupiny pro závislé pacienty mají většinou homogenní charakter, co se problematiky týká. Při ambulantní léčbě jsou skupiny koedukované. Při lůžkové léčbě v rámci psychiatrických oddělení jsou léčeni muži a ženy zvlášť. Věkové složení skupin bývá smíšené jak v ústavní tak v ambulantní formě léčby.

Skupinová terapie bývá prováděna obvykle jedním až dvěma psychoterapeuty a skupinou 8-14 pacientů. ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-23]) Tento počet odpovídá skupinám v ústavní léčbě. V ambulanci jsme se na skupinových sezeních setkali s počtem kolem 20 členů. Styl práce ve skupině se liší podle přístupů jednotlivých psychoterapeutických škol, jejichž metody terapeuti využívají.

Obecně rozlišujeme mezi uzavřenou a otevřenou skupinou.

*„V uzavřených skupinách se schází stále stejní lidé po celou dobu její existence. U otevřených skupin jsou pacienti průběžně přijímáni a propouštěni, takže se jejich složení po určité době zcela obmění.“* (Vavřda in: Vymětal, 2004 str. 69-70)

Co se další organizace terapeutických skupin týče (jako je frekvence a trvání sezení, trvání terapie), popíšeme ji až v poslední kapitole, vždy u jednotlivých skupin, o kterých se budeme zmiňovat.

Nešpor tvrdí, že skupinová psychoterapie závislostí se odlišuje stylem práce od jiných psychoterapeutických skupin, a to především větší strukturovaností skupin a výraznější aktivitou terapeuta, který skupinu více podněcuje. (<http://www.drnespor.eu/addictcz.html> [Cit. 2013-3-12])

Miovský s Bartošíkovou zase upozorňují, že ke skupinové psychoterapii patří i svépomocné skupiny, které jsou založené na vzájemné pomoci lidí, kteří sdílejí stejnou zkušenost. Mezi významné svépomocné skupiny v oblasti léčby závislosti na alkoholu patří hnutí Anonymní alkoholici.<sup>3</sup>

### **7.2.2.3 Terapeutická komunita**

Terapeutická komunita je jednou z forem intenzivní skupinové psychoterapie. Jde o strukturované prostředí, ve kterém pacient žije a absolvuje program léčení, který kromě skupinových sezení obsahuje další společný program s pracovní a jinou různorodou činností. To umožňuje, aby se naplno projevil problémy klientů z jejich vlastního života, především vztahy k lidem. Komunita usnadňuje získání náhledu na vlastní problémy a na svůj podíl při vytváření těchto problémů. Umožňuje zároveň korektivní zkušenost a nácvik vhodnějších způsobů chování. (Kalina a kol., 2003)

*„Terapeutická komunita nabízí bezpečné a podnětné prostředí pro růst a zrání, které se děje především prostřednictvím sociálního učení v kontextu vymezeném jasnými a srozumitelnými pravidly.“* ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-23])

Kratochvíl uvádí tuto definici terapeutické komunity:

---

<sup>3</sup> Anonymní alkoholici jsou společenstvím mužů a žen, kteří spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, které jim pomáhají řešit společné problémy s alkoholem. Jediným požadavkem členství je touha přestat pít. Jejich základním cílem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům dosáhnout střízlivosti. (Alcoholics Anonymous World Services) Jde o celosvětové svépomocné hnutí, které vzniklo v r. 1935 v USA a které funguje na principech tzv. 12 kroků.

*„Terapeutická komunita (léčebné společenství) je způsob organizace léčebné instituce nebo oddělení, kdy se cíleně podporuje spoluúčast pacientů na řízení, na plánovaných společných aktivitách a na léčbě.“ (Kratochvíl, 1998 str. 259)*

Za důležitou je považována komunikace mezi pacienty, vedením a personálem na všech úrovních a demokratický systém rozhodování. K tomuto účelu slouží denní schůze celé komunity (pacientů i personálu), kde jsou projednávány jak praktické a materiální otázky, tak některé osobní problémy pacientů. Pacienti se v tomto typu léčebného společenství podílejí na řízení a přenáší se tedy na ně část odpovědnosti. (Kratochvíl, 1998)

Terapeutické komunity mají tyto společné znaky: neformální a otevřenou atmosféru, centrální místo skupinových setkání v programu, sdílení práce na udržování chodu komunity, terapeutickou úlohu klientů, podíl klientů na moci a společné hodnoty a myšlenky. (Kalina a kol., 2003)

Cílem terapeutické komunity je: přispět k nalezení a přijetí smyslu vlastního života, přispět k nalezení své vlastní svobody a odpovědnosti, přispět k poznání a přijetí sebe sama, svých možností a limitů, přispět k osobnímu růstu, vývoji a víře v sebe, přispět k nalezení svého místa v běžném lidském společenství, přispět k pozitivnímu a tvořivému přístupu k životu, přispět ke spokojenému a radostnému životu, přispět k získání a rozšíření znalostí, schopností a dovedností, jak dosáhnout individuálních cílů. (Nevšímal, 2007)

O terapeutických komunitách jsme se zmínili, přestože se v nich u nás léčí především lidé závislí na nelegálních drogách. Zařadili jsme však tuto kapitolu zcela záměrně. V další kapitole se totiž budeme zabývat tzv. apolinářskou léčbou, tedy komunitně pojatým Skálovým modelem léčby alkoholové závislosti. Dále budeme termín terapeutická komunita používat ve smyslu pobytového střednědobého léčebného programu s komunitními prvky.

#### **7.2.2.4 Skálův apolinářský model**

Doc. MUDr. Jaroslav Skála byl významnou osobností v léčbě alkoholové závislosti a zakladatel systému péče o závislé osoby v Čechách i první léčebny pro alkoholiky na komunitních principech. Skála se celý život věnoval rozvoji léčebných metod alkoholismu a také jejich výuce. Spolu s kolegy MUDr. Jaromírem Rubešem a PhDr. Eduardem Urbanem založili výcvikový systém budoucích psychoterapeutů SUR.

J. Skála začal po studiích pracovat na Psychiatrické klinice Všeobecné lékařské fakulty UK v Praze, kde měl na starosti léčbu alkoholiků. Od r. 1947 začal u svých pacientů s averzivní léčbou emetinem, v r. 1948 pak založil socioterapeutický klub s názvem KLUS (Klub lidí

usilujících o střízlivost), který se setkává dodnes. Inspirací pro založení KLUSu bylo Skálovi hnutí Anonymní alkoholici. V téže roce založil Skála při VFN první specializované lůžkové oddělení pro studium a léčbu alkoholismu známé jako Apolinář. Oddělení pak vedl až do roku 1982, tedy 34 let. Z počátku měl Apolinář k dispozici pouze velmi malé prostory, postupem času se však oddělení rozrostlo a v r. 1952 již disponovalo 50 lůžky a dalšími 22 lůžky pro záchytnou stanici, kterou Skála jako vůbec první na světě zřídil v r. 1951 (v Apolináři byla až do r. 1993, kdy byla přemístěna do jiné nemocnice a na jejím místě vzniklo první detoxifikační lůžkové oddělení v ČR). Na počátku 50. let se také program léčby prodloužil a ustálil na 13. týdnech. Během let se Apolinář rozvíjel i mimo apolinářské zdi. V r. 1958 byl otevřen v Lojovicích program pro nedobrovolné léčby a pro recidivující pacienty, od r. 1962 se pořádaly v Dobronicích léčebné a doléčovací pobyty pro pacienty Apolináře, v r. 1964 byl v Lojovicích postaven svépomocí chatičkový tábor pro děti z rodin závislých, v r. 1967 bylo založeno v areálu Apolináře (tzv. Jungmannův dům) Středisko pro děti, mládež a rodinu, v r. 1971 pak byla pobočka v Lojovicích přeměněna na oddělení pro léčbu žen. V r. 1971 také společně s Rubešem založili Středisko drogových závislostí. (Nevšímal, a další, 2007)

Léčba v Apolináři od počátku zahrnovala zásady terapeutické komunity a behaviorální přístupy, projevující se především v náročném léčebném režimu s bodovacím systémem. K dalším terapeutickým prvkům léčby patřilo a patří skupinová psychoterapie, psaní deníků a elaborátů, pracovní terapie, sportovní terapie, přednášky a samostudium zaměřené na získání informací o nemoci. Skála byl přesvědčen, že měkký a tolerantní program je pro léčbu osob závislých na alkoholu naprosto nevhodný. Apolinářský model zdůrazňuje nejen individuální odpovědnost pacientů, ale i odpovědnost kolektivní (pochybení či režimový prohřešek jednoho pacienta se pokládá za pochybení ostatních, v konkrétním případě pražského Apolináře se postih týká asi 10 nejbližších spolupacientů, sdílejících jednu skupinu).

Je patrné, že Skálův model není klasickou terapeutickou komunitou (např. proto že organizaci vede personál a podíl pacientů na řízení není tak vysoký jako u klasické terapeutické komunity) ačkoli Skála sám apolinářský systém terapeutickou komunitou nazýval. Kalina se domnívá, že Skála vytvořil do velké míry nezávislou a originální koncepci. Režim v Apolináři je přísnější, s řadou represivních prvků (viz kapitola popisující léčebný režim na lůžkových odděleních), velký důraz je kladen na kázeň a pořádek. Pobyt v Apolináři má posilovat vůli, vést k novým zájmům a činnostem, navozovat potřebné stavy přirozené euforie, naučit pacienty vypořádat se s kritickými stavy napětí, frustrace a špatné nálady bez útěku

k alkoholu. Pacienti jsou záměrně vystavováni zvýšené fyzické i psychické zátěži a vedeni k větší zodpovědnosti za svůj život. (Kalina, 2008)

#### **7.2.2.5 Rodinná psychoterapie**

Závislost na alkoholu nepřináší negativní důsledky pouze závislému jedinci, ale postihuje celou jeho rodinu. Rodinná psychoterapie je zaměřena na rodinu jako celek, neléčí jen závislého člena, ale soustředí se i na ostatní. Rodinu chápe jako systém, jako soubor všech vztahů, které se v rodině objevují.

*„Koncept rodinné terapie vychází z toho, že pokud se má změnit jedinec, tak je třeba změnit kontext, ve kterém žije. V průběhu rodinné terapie dochází ke změnám systému (struktura, komunikace, sdílení problému atd.).“* ([http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/) [Cit. 2013-3-28])

Rodinná psychoterapie nepatří sice mezi hlavní terapeutickou metodu v léčbě závislosti na alkoholu, je její doplňkovou, nicméně také důležitou součástí. Jak podotýká Rotgers:

*„Odborníci na duševní zdraví se shodují v tom, že rodina hraje ústřední roli v etiologii, udržování i při léčbě nejrůznějších psychických a psychiatrických poruch.“* (Rotgers a kol., 1999 str. 97)

Proto je využívání rodinné terapie v léčbě závislostí na místě. Zvyšuje totiž schopnost pacienta dokončit léčbu a po léčbě dále abstinovat. Rodinná psychoterapie není však přínosná pouze pro léčeného, ale je přínosem i pro rodinu. Pomáhá členům rodinného systému překonat pocity hněvu, obviňování, ale i sebeobviňování, dále také pocity selhání, studu a viny. Rodinná terapie také posiluje pocit sounáležitosti, pomáhá zvýšit kompetence zúčastněných při zvládání problémů a osvojit si přímou a otevřenou komunikaci mezi jednotlivými členy rodiny. Pomáhá tak odstraňovat faktory, které se podílely na udržování závislosti. (Rotgers a kol., 1999)

V souvislosti s rodinou osoby závislé na alkoholu se můžeme setkat s termínem kodependence. Velký lékařský slovník definuje kodependenci takto:

*„Kodependence je patologický vztah blízkého člověka (partnera, rodiče) k osobě závislé na návykové látce. Kodependentní osoba se soustředí na pomoc závislému do té míry, že ztrácí vlastní identitu. Zároveň svým chováním (podpora závislého, odstraňování negativních následků, pomoc při utajování závislosti před okolím) umožňuje závislému setrvávat*

*v závislostním schématu.*“ (<http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/kodependence> [Cit. 2013-3-31])

Rodinná terapie pomáhá tyto patologické vztahy překonat a nastolit nové, zdravější. Kodependentní osoba se musí naučit všímát si sebe a svých potřeb, nechat toho druhého, aby za sebe převzal odpovědnost. Není však vždy jednoduché nastolit nový systém vztahů a nový styl komunikace.

(Ühlinger a kol., 2009)

### **7.2.3 Další metody využívané v léčbě závislostí**

Ačkoli je psychoterapie považována za hlavní formu pomoci lidem závislým na alkoholu a její využití v léčbě je klíčové, využívají se při léčbě ještě další formy práce s pacienty, které psychoterapii vhodně doplňují. Mezi tyto „doplňkové“ práce, které se však na výsledku léčby také významně podílejí, můžeme zařadit např. ergoterapii, arteterapii, výchovné působení, hraní rolí, poradenství, praktickou pomoc, sociální práce a sociální rehabilitace, vzdělávání v oblasti alkoholové závislosti atd.

V předešlých kapitolách jsme definovali závislost na alkoholu a popsali její vývoj, vylíčili jsme, která zařízení nabízejí pomoc lidem závislým na alkoholu a jaké metody se při léčbě uplatňují. Nyní představíme zařízení, které se léčbě lidí závislých na alkoholu věnuje již 65 let.

## **8 Klinika adiktologie – Apolinář**

Apolinář je nejstarší nepřetržitě fungující zařízení pro léčbu závislostí v České republice, které bylo modelem pro většinu později založených institucí v naší zemi. Komplex služeb Apolináře zahrnuje v současnosti lůžková oddělení pro muže a ženy, ambulanci pro alkoholové závislosti, ambulanci pro nealkoholové závislosti, detoxifikační jednotku, centrum substituční léčby a středisko pro psychoterapii a rodinnou terapii. Apolinář je součástí Kliniky adiktologie, která vznikla 1. 1. 2012 spojením Centra adiktologie Psychiatrické Kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Oddělení pro léčbu závislostí VFN v Praze. (<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/57/3593/Vznikla-Klinika-adiktologie-ktera-propoji-tradici-lecby-zavislosti-a-vyzkumne-pracoviste> [Cit. 2013-3-30]) V další části práce podrobně popíšeme léčebný řád lůžkového oddělení pro ženy (LOŽ), lůžkového oddělení pro muže (LOM) a služby, které nabízí ambulance pro alkoholové závislosti. Tyto části Apolináře jsou pro naši práci stěžejní. Okrajově popíšeme práci detoxifikačního oddělení. Vzhledem

k tématu naší práce se blíže nebudeme zmiňovat o chodu TOXI ambulance a centra substituční léčby. Léčba na všech odděleních je hrazena ze zdravotního pojištění. Na potvrzení o pracovní neschopnosti je razítko Všeobecné fakultní nemocnice, ale není na něm uvedena klinika ani oddělení, na kterém se pacient léčí.

Poznatky o pravidlech a chodu jednotlivých oddělení jsme získali díky dlouhodobým stážím, které jsme absolvovali v posledních dvou letech na detoxifikačním oddělení, na LOŽ, na LOM a na skupinách ambulantního oddělení pro léčbu alkoholové závislosti. Vyházíme z poskytnutých léčebných řádů, z pozorování, z výpovědí personálu a z výpovědí pacientů na jednotlivých odděleních. Částečně se také opíráme o publikace Lékařův maraton, Pavučina závislosti a Hořkosladká medovina a dále o informace získané z webových stránek [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) a [www.abstinence.cz](http://www.abstinence.cz) a dále informace pro pacienty z nástěnek umístěných v prostorách Kliniky adiktologie.

## 8.1 Detoxifikační oddělení

Detoxifikační jednotka je určena osobám závislým na návykových látkách, které mají zájem o následnou léčbu (a to nejen na ostatních odděleních Apolináře). Zařízení je určeno pro péči o osoby závislé na alkoholu, na ilegálních drogách i pro pacienty s kombinovanou závislostí. Detoxifikační oddělení poskytuje jak detoxikaci, tj. zbavení organismu návykové látky („vystřízlivění“), tak i detoxifikaci, tj. léčbu odvykacího stavu (dříve abstinenčních příznaků).

Na chodu oddělení se podílí lékaři, střední zdravotnický personál a psychoterapeut.

Oddělení má kapacitu 13 lůžek a je určeno pro pacienty starší 18 let. Příjem nových pacientů závisí na počtu volných lůžek na oddělení. Podle výpovědi lékařky ze dne 14. 5. 2012 dochází poměrně často k tomu, že pacienti mají domluvený příjem na určitý den, ale nakonec na detoxifikační jednotku nenastoupí. Z dalšího sdělení vyplynulo, že oddělení obsazuje 8-9 míst a zbylá místa nechává volná pro potřeby lůžkových oddělení. Stává se totiž, že budoucí pacienti lůžkových oddělení se dostaví na příjem intoxikování, a je tedy nejprve nutné, než nastoupí léčbu na LOM či LOŽ, aby podstoupili léčbu na detoxifikačním oddělení.<sup>4</sup> Občas se také přihodí, že se pacienti z lůžkového oddělení vrátí z vycházky pod vlivem alkoholu a i v tomto případě je nutné, aby minimálně jednu noc strávili na detoxifikačním oddělení.

---

<sup>4</sup> **Postřehy ze stáží:** Jedna pacientka na LOŽ se nám svěřila, že večer před nástupem na lůžkové oddělení vypila 2 litry vína, aby si ještě naposledy „užila“. Druhý den ji byla během příjmu provedena dechová zkouška, která potvrdila, že je stále ještě pod vlivem alkoholu a nemůže být tedy k léčbě přijata. Z oddělení byla na 2 dny odeslána na detoxifikační jednotku, a teprve po úplném vystřízlivění mohla nastoupit léčbu na LOŽ.



Příjem na oddělení probíhá sepsáním osobní anamnézy pacienta (zjišťuje se délka trvání problémů s návykovou látkou, dřívější absolvované léčby na detoxifikační jednotce či jiných odděleních pro léčbu závislostí, psychický a somatický zdravotní stav apod.) a odběry krve a moči, které jsou odeslány k laboratornímu vyšetření. Pacientům závislým na alkoholu je ještě provedena dechová zkouška. Pacient dále musí při příjmu odevzdat všechny osobní věci včetně hygienických potřeb (krém, sprchový gel atd.), smí si ponechat pouze oblečení a knížku či časopis, které jsou jim ještě sestrou zkontrolovány, zda v nich není ukryta nějaká drogy či léky.

Detoxifikační jednotka je uzavřené oddělení. V rámci léčebného řádu jsou zakázány návštěvy, donáška jídla a tekutin na oddělení, pacienti nesmí telefonovat (povolené jsou pouze zprostředkované telefonické hovory pod lékařským dohledem, např. pokud si pacient potřebuje domluvit následnou léčbu v jiném zařízení), povolen je písemný styk. Kouřit smí pacienti v zahradě léčebny, a to 3x denně po jídle a vždy v doprovodu někoho z personálu. Co se dalších pravidel týče, je zakázána jakákoliv agrese, nejsou povoleny žádné sexuální kontakty mezi pacienty (léčba na detoxifikačním oddělení je koedukovaná), je zakázáno požívat jakékoliv drogy mimo nikotinu ve vymezený čas a ve vymezeném prostoru.

*„Porušování léčebného řádu může být důvodem předčasného ukončení pobytu z disciplinárních důvodů.“* (<http://www.abstinence.cz/onas.php> [Cit. 2013-3-23])

Pobyt na detoxifikačním oddělení je dobrovolný, pacient se tedy i sám může rozhodnout ukončit pobyt podepsáním negativního reversu. Pokud tak učiní, nebude v příštích 6 měsících přijat zpět k léčbě na detoxifikační jednotce (dle sdělení lékařky 14. 5. 2012). Délka pobytu je individuální podle návykové látky, kterou pacient užíval, podle délky závislosti a podle projevů abstinčních příznaků, obvykle však trvá 10-14 dní. Během léčby jsou pacientům podávány léky na zmírnění odvykacích stavů a postupně jsou jim léky snižovány až do úplného vysazení. Z detoxifikačního oddělení by měl pacient odcházet ideálně bez podpory medikace.

Součástí pobytu na oddělení jsou denní vizity, které probíhají formou pohovoru pacienta s ošetřujícím lékařem. Kromě zjišťování psychického a fyzického stavu pacienta, se lékař také snaží pacienta motivovat k další léčbě.<sup>5</sup> Mimo to probíhá 2x týdně na oddělení motivační skupina.

---

<sup>5</sup> Ne všichni pacienti přichází na oddělení proto, aby následně nastoupili na další léčbu. Někteří, zvláště z řad uživatelů nelegálních drog, chtějí jen detoxikovat svůj organismus, aby až se vrátí ke konzumaci drog, mohli začít na nižších dávkách.

*„Efektivita detoxifikace, tj. úspěšně ukončené pobyty, je asi 70%. U závislých na alkoholu asi 90%, na ilegálních drogách 66%.“* (<http://www.abstinence.cz/onas.php> [Cit. 2013-3-23])

## **8.2 Lůžkové oddělení ženy (LOŽ)**

Lůžkové oddělení pro ženy je určeno pro ženy starší 18 let se závislostí na jakémkoliv návykové látce. Na oddělení jsou však ženy s nealkoholovými závislostmi přijímány ve velmi malé míře. Dle sdělení staniční sestry v květnu 2012 je současně přijímáno maximálně 5 patientek se závislostí na nealkoholových drogách. Dle sdělení sestry se ukázalo, že pokud je na oddělení více „toxiček“, „mají tendenci se stmelovat“ a narušují léčebný program. Drtivá většina patientek na LOŽ jsou ženy závislé na alkoholu, popřípadě ženy s kombinovanou alkoholovou a lékovou závislostí. U některých žen se zároveň vyskytuje další psychická porucha, nejčastěji se jedná o afektivní a úzkostné poruchy a poruchy příjmu potravy.

Základní léčba na lůžkovém oddělení pro ženy trvá 17. týdnů.<sup>6</sup> Léčba však může být prodloužena buď na žádost pacientky, nebo na návrh lékaře. V případě recidivy po skončení základní léčby může být pacientka přijata k další hospitalizaci, jejíž délka je individuální (určuje se především podle toho, zda šlo o krátký relaps či dlouhodobou recidivu). Pacientky, které spolupracují v doléčovacím programu, jsou v případě recidivy přijímány okamžitě. Pacientky, které nedokončily základní léčbu, nebo se neúčastní doléčovacích programů, jsou v případě recidivy přijímány po řádném objednání a je jim přidělen termín nástupu dle obsazenosti oddělení. (<http://www.abstinence.cz/onas.php> [Cit. 2013-3-23])

Kapacita oddělení je 32 lůžek. Pacientky jsou přijímány k léčbě průběžně podle toho, jak se uvolňují místa na oddělení. Po nástupu jsou zařazeny do jedné ze tří otevřených skupin<sup>7</sup>, na které je komunita patientek rozdělena.

Terapeutický tým LOŽ se skládá z vedoucí lékařky, supervizora, psychoterapeutů, ergoterapeutky, sociální pracovnice, staniční sestry a dalšího středního zdravotnického personálu.

Léčebný program na LOŽ obsahuje farmakoterapii, psychoterapii (zejména komunitní a skupinovou), režim s bodovacím systémem, podávání informací o nemoci, socioterapeutické

---

<sup>6</sup> Podle Hellera vyžaduje psychická a somatická rehabilitace 6-8. týdnů, schopnost reálného vidění vlastní situace přichází až kolem 10. týdne léčby, tou dobu také pacientky začínají plně zvládat léčebný program. Okolo 13. týdne léčby dokáže pacientka vyhodnotit své možnosti a vypracovat si program k udržení dobré psychické i tělesné kondice, která jí pomůže dodržet bezalkoholovou dietu. (Heller, Pecinová, 2011)

<sup>7</sup> Skupiny se jsou pojmenovány po bývalých pacientkách LOŽ, které abstinují 20 a více let. V době naší stáže to byly skupiny Voráčkové-Klimešové, Varhaníkové a Kšandové.

prvky realizované v komunitním systému. Právě modelové situace z komunity a z malých skupin vytváří prostor pro změnu chování i struktury osobnosti. (Heller, Pecinovská, 2011) K dalším léčebným metodám využívaným na oddělení patří pracovní terapie, sportovní terapie, relaxace a kulturní programy, realizované především o víkendech. Léčebný program slouží nejen ke změně chování a struktury osobnosti, ale také k získání náhledu na svou situaci, k osvojení dovedností trávit volný čas, k sebepoznání, k naučení se vnímat své potřeby a saturovat je zdravým způsobem. Podstatné je také osvojit si nové vzorce komunikace a chování, naučit se navazovat a udržovat vztahy, hledat nové vzorce řešení problémů, naučit se zvládat různé situace, umět si rozvrhnout síly a poznat své limity, umět si vytvořit program dne, který odpovídá zdravému životnímu stylu. Náročný režim provokuje pacientky k aktuálním projevům a žádoucím konfliktům, je nutný k vytvoření žádoucího psychoterapeutického klimatu. To nabízí pacientkám bezpečné prostředí a čas k dosažení potřebných změn, čas k osobnímu růstu.

Důležitou součástí léčby je režim, který zahrnuje časovou strukturu dne, povinnosti patientek a požadavky na jejich chování včetně dodržování základních pravidel. Určuje zároveň způsoby kontroly a hodnocení požadovaného chování a sankce za přestupky. Režimu se přikládá výchovná a terapeutická funkce v tom smyslu, že pacientky potřebují jasnou vnější strukturu, aby byly schopné ji zvnitřnit a zaujímat dospělé a zodpovědné postoje nejen k sobě, ale i k druhým lidem.

*„Režim má svůj význam v synchronizaci biologických rytmů, která přispívá k stabilizaci somatického i psychického stavu pacienta.“* (Heller, Pecinovská, 2011 str. 130)

Jak tedy konkrétně vypadá pobyt na oddělení pro ženy?

**První kontakt:** První kontakt s oddělením má pacientka ještě před léčbou, kterou si dojednává se sociální pracovníci LOŽ. Sociální pracovnice představí adeptce na léčbu program léčení a vysvětlí jí, které administrativní kroky musí pacientka před léčbou učinit (vzhledem k zaměstnavateli, úřadu práce apod.). Při nástupu na oddělení jsou patientce zkontrolovány všechny osobní věci, aby byla vyloučena možnost přinesení nežádoucích látek na oddělení. Po nástupu na léčbu probíhá v prvních dnech vstupní psychiatrické vyšetření, je sepsána osobní anamnéza pacientky a pacientka je zařazena do jedné ze tří skupin oddělení.

**Styk s vnějším okolím:** První 3 týdny pobytu na oddělení není povolen telefonický ani osobní kontakt s okolím. Povoluje se pouze přinesení věcí nezbytných pro léčení rodinou, a to v době návštěv a po předchozím předneseném požadavku na ranní komunitě. Pokud rodina

přinese věci, aniž by o to pacientka předtím požádala, čeká pacientu postih ve formě ¼ terapeutického bodu (viz Bodovací systém). V prvních třech týdnech léčby je povoleno přijímat a odesílat poštu. V době mezi 3-6. týdnem léčby je povoleno přijímat návštěvy (v sobotu 13:00-16:00, v neděli 10:00-16:30), které musí být předem ohlášeny, jinak pacientce hrozí postih. Dále je povoleno volání z telefonního automatu na chodbě (pouze ve vyhrazené době) a přijímat tamtéž telefonáty (ve vyhrazené době). Po 6. týdnu léčby je možné v odůvodněných případech samostatně opustit budovu (řádná vycházka, lékařské vyšetření<sup>8</sup>). Odchod i příchod se hlásí sestře. Po návratu je provedena dechová zkouška, popřípadě odběry moči a krve.

**Řádná vycházka:** Nárok na první řádnou vycházku má pacientka po 6 týdnech léčby. Podmínkou odchodu na vycházku je vypracování životopisu v rozsahu 16 stran A4 a dále skupinové i osobní plnění (viz Bodovací systém). Pacientky po recidivě jsou povinny vypracovat dodatek k životopisu v rozsahu 10 stran A4. Další podmínkou vycházky je vypracování plánu vycházky v rozsahu 1,5 strany A4. V tomto plánu pacientka napíše, koho během vycházky navštíví, jaké problémy bude řešit, kde vidí možná rizika (potencionální spouštěče), zda je možné se těmito rizikům vyhnout, popřípadě, jak je hodlá zvládat. Plán vycházky odevzdává ve čtvrtek před vycházkou (aby si jej personál mohl přečíst), v pátek na ranní komunitě pak svůj plán obhajuje. Komunita se k němu může vyjádřit. Na páteční odpolední komunitě pak pacientka hlásí přesné časy odchodu a příchodu z vycházky. Odchod je různý podle plnění (většinou během pátečního odpoledne), návrat je v neděli nejpozději do 19:00. Pozdní návrat se trestá, a to ¼ terapeutického bodu za každých 5 minut zpoždění. Během vycházky pacientka nesmí navštívit restaurační zařízení, lékárnu a samozřejmě nesmí požit žádné psychoaktivní látky. Po návratu z vycházky pacientka podstupuje dechovou zkoušku a odběr moči. Průběh vycházky pak pacientka popíše a zhodnotí ve svém deníku (viz Elaboráty a deníky) a na sezení své skupiny.

Cílem vycházky je realizace kroků, které povedou v době po léčbě k trvalé a důsledné abstinenci. Vycházky mají sloužit především k obnově nebo zlepšení komunikace v rodině a k ověření schopnosti dodržet osobní program s abstinencí mimo chráněné prostředí oddělení. Pacientky mají možnost vyzkoušet si, jak si dovedou zorganizovat volný čas, jak dokáží v reálném světě zvládat bažení, identifikovat spouštěče, vypořádat se s nepříjemnou situací apod. Pacienty by měly ideálně přenést do života mimo léčbu i strukturu dne naučenou

---

<sup>8</sup> Pokud pacientka potřebuje absolvovat lékařské vyšetření v prvních 6. týdnech léčby, musí žádost předložit na ranní komunitě spolu se jménem pacientky (musí být v léčbě déle než 6 týdnů), která ji k lékaři doprovodí. Komunita, respektive personál, pak tuto žádost zváží.

v Apolinári (např. ranní vstávání v určenou hodinu, ranní rozcvičku, dodržovat pravidelné stravování atd.).

**Bodovací systém (tzv. čtvrtáky a osminky):** Jde o způsob hodnocení v léčbě, který je založený na zásadě klasické behaviorální terapie. Systém bodování je dost složitý a pacientům trvá zhruba 2-3 týdny než mu plně porozumí. Systém sleduje úsilí jednotlivce i jeho začlenění do malé skupiny, ale i do celé komunity. Dává také signál o tom, jak pacientka léčbu zvládá. Záporné, respektive terapeutické body jak jim říkají u Apolináře, se udělují za chování, které je v léčbě pokládáno za nežádoucí. Sankcí je např. zkrácení vycházky či vyloučení z léčby. Kladné body odměňují žádoucí chování. Pacientky jsou povinny během týdne (body se sčítají vždy v pátek dopoledne a bilancování probíhá na páteční odpolední komunitě) nasbírat určitý počet bodů, přičemž body jsou udělovány po  $\frac{1}{8}$  a po  $\frac{1}{4}$  bodech.<sup>9</sup> Pouze za některé vykonávané funkce (např. předsedkyně) jsou udělovány celé body. Celý záporný bod může být udělen za hrubé porušení programu (např. léky na pokoji nebo kouření cigaret mimo vyhrazený čas a místo<sup>10</sup>). V prvních 14 dnech léčby musí pacientka získat minimálně 1 kladný bod za týden. Po zbytek léčby pak musí získat nejméně 2 body týdně, pokud absolvuje základní léčbu, a 4 body týdně, pokud jde o pacientky po recidivě. Zároveň musí plnit skupina jako celek, přičemž skupinový limit je součtem limitu jednotlivců.

Příklad: skupina má 8 pacientek: 2 nové pacientky \_\_poloviční limit \_\_2x1=2

5 základní léčba \_\_plný limit \_\_5x2=10

1 recidiva \_\_dvojnásobný limit \_\_1x4=4

celkový limit pro skupinu na týden \_\_16 kladných bodů

Pokud pacientka některý týden nesplní svůj limit, měla by si tento týden nahradit, to znamená prodloužit léčbu o 1 týden. Pokud limit nesplní skupina jako celek, krátí se v daném týdnu jejím členkám vycházky.

Pacientky získávají kladné body za řádné plnění svých povinností (psaní deníku a elaborátů, plnění funkcí, nejlepší rajón během generálního úklidu, nejlepší hodnocení v soutěži), dále za jednu hodinu práce navíc (tzv. vícepráce), za přezkoušení (pokud mají určitý počet správných odpovědí), za nejlepší heslo dne apod.

---

<sup>9</sup> Udělování bodů po osminkách a čtvrtinkách má dle našeho názoru učit pacientky trpělivosti a ukázat jim, že i po malých krůčcích mohou dojít ke kýženému cíli.

<sup>10</sup> Pacientky smějí kouřit 3x denně, vždy po jídle, v zahradě Apolináře.

Kromě kladných bodů jsou udělovány ještě tzv. terapeutické body. Jsou to body záporné, ve výsledku se tedy odečítají od získaných kladných bodů. Terapeutické body jsou udělovány za porušení režimu (pozdní příchod na skupinu, komunitu či z vycházky, nedostatečný úklid, neohlášená návštěva, půjčení peněz bez povolení (obě), použití ústavního nádobí z jídelny, trhání ovoce, zeleniny a květin na zahradě, kouření mimo stanovený čas a místo, držení jakýchkoliv léčiv, neprovedení soutěže, neplnění zadání či nedodržení termínu odevzdání elaborátu, nezabalený elaborát, znečištění podlahy, nepořádek v osobních věcech, nevyčištěné boty, nevětráno na vizitu, nepřevlečení se na rozcvičku/na pracovní terapii, vulgární chování, rušení programu, konverzace s pacienty z lůžkového oddělení pro muže, neznalost zpměti přesného rozvrhu dne včetně přesných časů atd.).<sup>11</sup> Každá skupina má limit 1 a 4/8 terapeutického bodu na týden, a to bez ohledu na počet patientek ve skupině (početnější skupiny jsou tedy znevýhodněné) či počet nováčků, kteří snadněji získají terapeutický bod, neboť ještě nejsou dobře sžité s programem dne a týdne. Za každou překročenou 1/8 bodu platí skupina 1 hodinou vycházky. Dosáhne-li skupina 2 a 4/8 bodu, ztrácí tento týden nárok na vycházku všechny členky skupiny. Nasbírání-li některá pacientka 3 celé terapeutické body, je jí přerušena léčba, a to na dobu 1 měsíce. Pokud po návratu do léčby opět porušuje režim léčby natolik, že nasbírání 3 terapeutických bodů, je jí léčba přerušena na 3 měsíce. Po dobu přerušování léčby, by měla pacientka abstinovat a měla by být v kontaktu s léčebnou.

Bodování podle Skály udržuje iniciativu patientek, a co víc, neustále ji vybuzuje. Cvičí také patientky k tomu, aby unesly i prožitek nespravedlivého zásahu, a to bez použití alkoholu. (Skála, 1998)

**Spoluspráva patientek:** Spoluspráva patientek slouží k vytváření účinného spolupůsobení komunity patientek a personálu.

Složení spolusprávy:

1. Předsedkyně – je volena na volné tribuně na návrh důvěrníků jednotlivých skupin, navržena může být pouze pacientka, která je v léčbě déle než 4 týdny, funkční období je 1 měsíc, mezi její povinnosti patří např. kontrola úklidů, kontrola před večerkou, budíček, spolu s Minervou urovnávání a řešení případných sporů mezi patientkami, za tuto funkci získává pacientka 1 bod týdně

---

<sup>11</sup> Zcela záměrně uvádíme velký výčet možných prohřešků, aby bylo patrné, že získat terapeutický bod, tedy sankci během léčby, je velmi jednoduché a také pravděpodobné. Čili je poměrně složité nasbírat během týdne 2, respektive 4 kladné body. Patientky jsou díky bodovacímu systému velmi často v časovém stresu a ve stresu vůbec. Učí se tak zvládat situace, které dříve řešili pomocí alkoholu, popřípadě jiných návykových látek.

2. Minerva – jejím úkolem je stmelovat kolektiv pacientek, po první dny pomáhá novým pacientkám (radí jim a pomáhá s konkrétními povinnostmi), organizuje sobotní kulturní vycházky, zajišťuje přednášky, vyhodnocuje týdenní soutěž, má na starosti nástěnku a knihovnu, může také udělovat terapeutické body za nekázeň (ne vše vidí personál), za funkci Minervy se uděluje 1 bod týdně, je volena stejně jako předsedkyně volnou tribunou na období 1 měsíc
3. Důvěrnice skupiny – je volena kolektivem své skupiny (jde vlastně o předsedkyni skupiny), rozděluje pacientky na úklidy, dbá, aby měly pacientky včas napsané elaboráty a deníky, vede každé pacientce ze skupiny osobní karty s přehledem plnění léčebného programu, ujímá se nové pacientky ze své skupiny, kterou seznámí se základními pravidly programu a pomáhá jí s adaptací na léčebný program, důvěrnice získává navíc 1 bod týdně, je volena na dobu 1 měsíc
4. Sportovní referentka – má na starosti ranní rozcvičku, evidenci a kontrolu tzv. čtvrtákových rozcviček<sup>12</sup> a koleček<sup>13</sup>, získává ½ bodu týdně
5. Šéfredaktorka – volena na volné tribuně na období 1 měsíc, má na starosti vydávání patientského časopisu, tato funkce je hodnocena ½ bodem týdně
6. Mistrová – volena celou komunitou na 1 měsíc, rozděluje práci a pracovní pomůcky při pracovní terapii (určuje, kdo bude vykonávat konkrétní činnosti při práci, kterou zadává ergoterapeutka oddělení), vede sešit evidence prováděných prací, tato funkce je hodnocena ½ bodem týdně

Jak již bylo zmíněno, program na LOŽ je velmi nabitý (viz Příloha č. 1). Hlavní náplní programu jsou denní komunitní setkání (mimo neděle), skupinové terapie, pracovní terapie, sport, přednášky, samostudium, psaní elaborátů a deníků.

**Komunita:** Každý den mimo neděle se v půl deváté schází ranní komunita. Ranní komunity se účastní pacientky a sloužící personál (většinou staniční sestra, další sestra ve službě a vedoucí lékařka oddělení). Program na ranní komunitě má stanovenou pevnou strukturu. Nejprve předsedkyně přivítá personál a pacientky, řekne jaké je datum, kdo má svátek a jaké ten den bude počasí. Poté důvěrnice jednotlivých skupin nahlásí počty pacientek ve skupinách a ohlásí, zda jsou přítomny na komunitě. Jedna členka z každé skupiny pak přečte heslo dne. Heslo by nějakým způsobem mělo korespondovat s léčbou (např. Je lepší být střízlivá na

---

<sup>12</sup> Každá pacientka, která nasbírá v určitém týdnu ¼ terapeutického bodu, musí v daném týdnu každý večer absolvovat čtvrtákovou rozcvičku.

<sup>13</sup> Běháním tzv. koleček (obíhání apolinářské zahrady) může pacientka získat kladné body navíc. 1/8 za kolečko. Toho využívají hlavně pacientky po recidivě, které plní na 4 body týdně.

kolenou než stojí, ale opilá.) Personál poté vyhodnotí nejlepší heslo dne, za které skupina dostane 1/8 bodu. Další část komunity patří vznášení požadavků pacientek (požadavky na individuální pohovor s některým z terapeutů nebo se sociální pracovnící<sup>14</sup>, na lékařskou prohlídku atd.) Dále se hodnotí úklid (nejlepší uklizený úsek dostává 1/8 bodu) a rozdává se pošta (za každý pohled či dopis je udělena kladná 1/8).

Důležitou součástí ranní komunity je „dávání“ zpětných vazeb. Zpětné vazby jsou základním prostředkem sociální změny. Mělo by jít o specifickou, konkrétní informaci, která je zaměřena na chování (projevy) pacientky, ne na pacientku jako celek. Mělo by se jednat o informaci, ne o radu. (Příklad: Není vhodné, aby byla udělena zpětná vazba: „Jsi otravná.“ ale je možné říci: „Je mi nepříjemné, že se mi stále za něco omlouváš, i když není důvod. Mám pocit, že to může pramenit z určité nejistoty.“) Za přínosné jsou považovány především záporné zpětné vazby, neboť vytváří větší prostor pro přemýšlení o sobě. Za každou udělenou zpětnou vazbu musí pacientka poděkovat a nesmí se k ní žádným způsobem vyjadřovat (i když má pocit, že je jí křivděno, nebo by chtěla své chování vysvětlit). Pacientky se tak učí přijímat kritiku, ale také chválu, pokud přijímají kladnou zpětnou vazbu.

Zvláštní formou zpětných vazeb jsou kladné a záporné symboly. Symboly si pacientky předávají jednou týdně na páteční odpolední, tzv. hodnotící komunitě. Jedná se o konkrétní předměty, které mají pacientce, která předmět obdrží, dát určité sdělení. Pacientka si celý týden symbol nechává u sebe a na další hodnotící komunitě jej předá někomu dalšímu.

*„Kladné symboly:*

*Květina – rozkvétáš jak na těle, tak na duchu*

*Zavináč – symbol inovace, přinášíš novinky, obohacuješ komunitu*

*Šmoula – žádná práce Ti není cizí*

*Pes – jsi věrná svému přesvědčení*

*Záporné symboly:*

*Had – snažíš se proplazit mezi svými problémy*

*Šnek – Tvé tempo neodpovídá*

---

<sup>14</sup> Sociální pracovníce radí pacientům především v těchto situacích: řešení dluhů, domluvení splátkových kalendářů, kontakt s úřadem práce, dávky hmotné nouze. Sociální pracovníce se snaží vést pacientky k samostatnosti. Podává jim informace, ale neříká, jak se mají zachovat ani za ně nic nevyřizuje, pacientka si vše musí obvolat, obejít a domluvit sama.



*Blesk – Tvé jednání je nevyzpytatelné, nikdy nevím, kdy udeříš*

*Ovce – nejednáš sama za sebe, necháváš se vést ostatními*

*Démon alkoholu – symbol recidivy, bojím se, že směřuješ k recidivě“ (LOŽ, 2012)*

Zvláštní místo v setkávání komunity má páteční odpolední hodnotící komunita, kde důvěrnice každé skupiny předloží komunitě, jak si jejich v uplynulém týdnu skupina vedla jako celek a také jak si vedly jednotlivé členky, zda dosáhly stanoveného počtu bodů. Na páteční odpolední skupině se rovněž vyhodnocuje týdenní soutěž (nejlepší skupina dostane ¼ bodu) a je vyhlašována soutěž na další týden (např. velikonoční výzdoba oddělení).

**Volná tribuna:** Specifické místo v komunitním setkávání má čtvrteční volná tribuna. Setkává se celá komunita - pacientky a celý terapeutický tým včetně supervizora oddělení, pracovní terapeutky, sociální pracovnice a všech psychoterapeutů, kteří se neúčastní běžných ranních komunit. Volná tribuna slouží zejména k důkladnému zpracování všech důležitých událostí uplynulého týdne, dále k volbě nové předsedkyně, Minervy, důvěrnic skupin a šefrédatorky.<sup>15</sup> Na volné tribuně se rovněž určuje, kdo bude zastávat menší funkce v komunitě. Nováčci jsou tu přijímáni definitivně do stavu (po 14 dnech léčby) a probíhají i závěrečné pohovory s těmi, kdo léčbu končí.

**Skupinová psychoterapie:** Dostáváme se k hlavní formě psychoterapie využívané v léčbě, kterou je skupinová psychoterapie. Jak již bylo řečeno, ženy na LOŽ jsou rozděleny do tří skupin, z nichž každá má svého terapeuta. Skupiny se schází 3x týdně a setkání trvá 90 minut. Skupinová sezení nabízejí prostor pro řešení nejrůznějších problémů. Je ale také místem, kde se pacientka učí rozumět sobě a svým pocitům a tím svému chování, což přispívá k sebepřijetí. Pacientky se učí efektivněji a harmoničtěji komunikovat s ostatními lidmi, trénovat umění říci si o pomoc, ale také umění odmítat, získávají zde vhled do problematiky závislostí, což jim pomůže pochopit a změnit nesprávné postoje. Nežádka si zde pacientky odžívají traumata z minulosti či řeší své intrapsychické konflikty. Skupinová sezení celkově podporují zrání osobnosti a její růst.

**Rodinná terapie:** Rodinná terapie má v léčbě také své místo, pacientkám je doporučováno, aby probíhala v posledním měsíci jejich léčby. Rodinná terapie probíhá pobytovou formou přímo na oddělení LOŽ. Manžel či někdo jiný z rodiny (rodič, potomek) v rámci rodinné terapie tráví týden léčby na LOŽ se svou manželkou. Během tohoto týdne jsou společně ubytováni na pokoji vyhrazeném pro rodinnou terapii a oba se společně účastní programu

---

<sup>15</sup> Každá z nich je volena 1 za měsíc, ne však na stejné volné tribuně.

léčby. Skupinové terapie jsou během tohoto týdne přizpůsobeny tomu, že se jich účastní některý z rodinných příslušníků. Probírají se tedy hlavně témata, která souvisí s komunikací a vztahy v rodině. Tyto skupiny jsou cenné jak pro pacientky, tak pro rodinu. Pacientky se mohou na problémy, které způsobilo jejich pití, podívat s určitým odstupem, se získaným nadhledem a hlavně střízlivýma očima. Manželé zase získají poznatky o nemoci a o tom, jak mohou pomoci manželce v období doléčování (např. mít suchý dům).

**Pracovní terapie:** Velký význam v léčbě závislostí má pracovní terapie, která probíhá 4x týdně. Mimo pracovní terapie pacientky ještě denně provádí běžný úklid a 1x týdně probíhá úklid generální. Pracovní terapie sestává zpravidla z těchto činností: úklid, praní, žehlení, šití, na jaře, v létě a na podzim práce na zahradě, v zimním období ruční práce. Práce pomáhá u pacientek znovu vybudovat ztracené pracovní návyky a zároveň má rehabilitační účinky. Je prostředkem pro obnovu pozitivního sebehodnocení a prožitek úspěchu.

**Přednášky:** Každou středu dopoledne se koná přednáška. Témata jsou různá, nicméně vždy souvisí s léčbou.<sup>16</sup> Po přednášce následuje písemné přezkoušení, za které dostávají pacientky bodové ohodnocení, které se pak přepočítává na osminky (1/8). Večer ještě musí napsat o přednášce elaborát, který je na rozdíl od elaborátů ze skupinových sezení věcný a popisný, je zaměřen na trénování paměti. Otázky v testu se však netýkají pouze přednášky, ale zahrnují i otázky k materiálům, které mají pacientky za povinnost prostudovat při samostudiu. Jedná se o tři publikace, které pojednávají o alkoholové závislosti. Pacientky tím získávají informace o své nemoci a mohou tím pádem získat náhled a pochopit, že abstinence je jediné řešení jejich stavu, situace.

**Elaboráty a deníky:** Téměř ze všech programů, které pacientky absolvují, musí psát tzv. elaborát, který je hodnocen 1/8 bodu (velmi dobrý text může být personálem ohodnocen 2/8). Elaborát musí být vypracován po každém skupinovém sezení (denně mimo víkendu), po volné tribuně, po středečních přednáškách. Elaborát má mít minimálně 1,5 strany A4 a pacientka se v něm má zamyslet nad děním na programu. Pacientka by měla reflektovat, co z programu v ní rezonuje, v elaborátu by měla vyjádřit své dojmy, prožitky, úvahy a komentáře.

Kromě elaborátů si pacientky píší deník, který je určitou formou individuální terapie. V deníku by se měly objevovat informace o pacientčině náladě, o jejích pocitech, osobním pohledu na situace a události v chodu komunity. Deníky pročítá psychoterapeut skupiny, do

---

<sup>16</sup> Témata přednášek jsou například tyto: Alkohol a jeho důsledky pro lidský organizmus, Vývojová stadia alkoholové závislosti, Rodina a závislost, Poruchy příjmu potravy apod.

kteřé pacientka patří. Klasická forma individuální terapie, jak jsme ji popsali v teoretické části práce, probíhá pouze na pacientčinu žádost. Ani tak se však nedá hovořit o terapii, jde spíše o individuální konzultaci, která je jednorázová a trvá cca 20 minut.

**Sportovní terapie:** Základem je ranní rozcvička a běhání v zahradě Apolináře. Pohybové aktivity napomáhají zlepšovat jak fyzickou tak psychickou kondici pacientek. Zároveň pacientky poznávají své tělo, prožívají si své tělesné pocity a reflektují své tělo ve své psychice, tím vším se obohacují. (Skála, 1998) Po ranní rozcvičce je pacientkám doporučována studená sprcha, není však povinná.

**Vícepráce a kolečka:** Jsou to aktivity, díky kterým mohou pacientky získat body navíc. Využívají je zejména pacientky po recidivě, které musí týdně plnit dvojnásobný počet bodů. Vícepráce je práce konaná v osobním volnu pacientky, zadává ji pracovní terapeutka a je hodnocena ziskem osminky za hodinu práce. Kolečka znamenají obíhání apolinářské zahrady. Za každé kolečko získává pacientka  $\frac{1}{8}$  bodu.

**Relaxace:** Součástí denního programu jsou relaxace vedené jedním z psychoterapeutů. Pacientky se potřebují naučit uvolnit napětí a umět vnímat své tělo. K relaxacím můžeme zařadit i cvičení jógy, které na oddělení probíhá 1x týdně.

**Ukončení léčby:** Podmínkou propuštění po 17. týdnech léčby je vypracování textu „Co mi dala léčba“ v rozsahu 10 stran A4.<sup>17</sup> Pacientka by měla v textu popsat změny, ke kterým u ní došlo během léčby, zhodnotit své fungování v komunitě a ve skupině a konkrétně popsat program doléčovacích aktivit. Na poslední volné tribuně před propuštěním, překládá ještě pacientka graf o průběhu léčby. Obsah veličin v grafu je: limit kladných bodů podle jednotlivých týdnů, skutečně dosažené body v jednotlivých týdnech, nálady a sladkosti v číselném vyjádření, záporné body získané v léčbě. Před propuštěním popíše odcházející pacientka komunitě, jak má připravený „terén“ a jak a kde se bude doléčovat. Ostatní pacientky i terapeutický tým se následně vyjadřují na adresu odcházející ženy. Většinou ji upozorní na možná rizika, která ji venku čekají, a zároveň vyzdvihnou některou z pacientčiných dobrých stránek, o které se bude moci v reálném životě opřít. Poté probíhá rozlučkový rituál se svíčkou a zvonem, které jsou symbolem zdárného ukončení léčby a propouští pacientku do skutečného života.

---

<sup>17</sup> Pokud pacientka léčbu přerušuje (většinou z důvodu získání 3 terapeutických bodů), je podmínkou jejího propuštění odevzdání textu „Co mi dala léčba“ v ekvivalentní části k 10 stranám A4, v jakém poměru je její již uskutečněný úsek léčby k celkovému časovému úseku řádné léčby.

Léčba na lůžkovém oddělení pro ženy je dobrovolná (ačkoli většina žen nastupuje na léčbu pod tlakem rodiny), pokud se tedy rozhodne některá z pacientek k opuštění léčby, nemůže jí personál bránit. Nicméně jsou zavedena určitá pravidla, která mají za cíl dát ještě pacientce čas na rozmyšlenou. Mezi tato pravidla patří: pohovor s vedoucím lékařem, pohovor s psychologem její skupiny, rozebrání situace na komunitě, kde se mohou k rozhodnutí pacientky odejít vyjádřit spolupacientky.

Zvláštním případem je okamžité přerušení léčby ze strany personálu. Personál může pacientce okamžitě ukončit pobyt na oddělení, pokud pacientka poruší bezdrogové prostředí, je agresivní nebo vulgární, pokud udržuje sexuální poměr s některým z pacientů z LOM či s některou z pacientek, nebo pokud udržuje vztahy ohrožující léčbu.

**Doléčování:** Před odchodem z léčby by si měla každá pacientka vyžádat kontakt na tzv. Apolenku.<sup>18</sup> Apolenky jsou bývalé pacientky oddělení, které již několik let úspěšně abstinují a fungují jako jakési patronky čerstvě doléčených žen. V rámci doléčování se může čerstvá absolventka ústavní léčby se svou Apolenkou kdykoli zkontaktovat, a to pokud se ocitne v nějaké krizi nebo se „jen“ potřebuje s někým poradit či se vypovídat. Jde o svépomocný systém bývalých pacientek LOŽ, o tzv. abstinující síť. Apolenky se sdružují v občanském sdružení Pavučina a na jejich webových stránkách jsou dostupné informace o všech akcích pořádaných v rámci doléčování (včetně setkání KLUSu, plesu abstinentů, dětského dne v Apolinári atd.). (<http://www.pavucinasos.eu/dolecovaci-program> [Cit. 2013-3-22])

K dalšímu způsobu doléčování patří tzv. opakovací léčby. Opakovací léčba trvá 1 týden. V tomto týdnu se bývalá pacientka vrací na LOŽ a účastní se celého léčebného programu. Jde o systém, který je výhodný jak pro bývalou pacientku, tak pro pacientky v léčbě, pro které může být bývalá pacientka vzorem. První opakovací léčbu si pacientka domlouvá na konci léčebného pobytu, měla by proběhnout cca 3 měsíce od ukončení léčby. V prvním roce doléčování by měla pacientka absolvovat 4 opakovací pobyty v tříměsíčních intervalech. Po roční abstinenci mimo léčebnu nastupují bývalé pacientky na opakovací léčbu většinou jednou za rok.

LOŽ nabízí také klasickou formu doléčování, doléčovací skupiny, které se konají každý čtvrtek odpoledne. Na tyto skupiny přijíždějí ženy z různých koutů Čech, které prošly léčbou

---

<sup>18</sup> Kontakty na Apolenky jsou dostupné u personálu oddělení. S konkrétní Apolenkou se také pacientka může dohodnout na tzv. setkání s Apolenkou (beseda s některou z dlouhodobě abstinujících bývalých pacientek, probíhá každou středu, setkání domlouvá Minerva) nebo na čtvrteční doléčovací skupině (viz níže).

v Apolináři či v Lojovicích, kde před vrácením objektu bývalým majitelům oddělení pro ženy sídlilo. Některé z nich abstinují více než 20 let. Doléčovacích skupin se mimo jiné zúčastňují i pacientky v posledním měsíci základní léčby. Je to pro ně šance získat kontakt na některou z Apolenek a mají šanci vidět ženy, které „to“ zvládly a zvládají i bez pití. Mohou si také vyslechnout zkušenosti abstinujících žen, jakým způsobem žijí bez alkoholu, co jim pomáhá v abstinenci apod.

Zvláštní formu doléčovacího programu představují týdenní výjezdy na Albeř. Konají se vždy na jaře a na podzim. Jarní Albeř je určena k setkání abstinujících žen, které prošly léčbou, s těmi, které léčbou právě procházejí. Podzimní Albeř je určena pouze bývalým abstinujícím pacientkám. Program na Albeři je obdobný tomu v Apolináři: snídaně, komunita, pracovní terapie, oběd, přednáška, odpolední skupina, běhání. (Nováková, 2011)

Celkový program léčby na lůžkovém oddělení pro ženy je opravdu velmi náročný. Pacientky přechází z jedné části programu na další, jednotlivé části programu navazují jeden na druhý. Léčené ženy mají velmi málo volného času a i ten většinou věnují psaní elaborátů či deníků. Přísný režim je vystavuje neustálému tlaku. Pokud se jim ale podaří léčbu zvládnout a následně nepodcení doléčování, pak je vysoká šance, že se k alkoholu již nevrátí. Heller tvrdí, že:

*„pokud pacient spolupracuje a využije nabídky dlouhodobého léčebného programu (cca uvedené 3 roky), pak dlouhodobá remise je dosahována až u 80 % pacientů.“* (Heller, Pecinovská, 2011 str. 133)

Nicméně, jak pravdivě píše Bohunka Nováková:

*„Nikdy nikdo z nás ale nemůže říct, že je z toho venku. Je potřeba být stále ve střehu, i několik let po léčbě, protože ta potvora závislost číhá na naše slabosti, aby udeřila, aby nad námi zvítězila – a my jí to nesmíme dovolit.“* (Nováková, 2011 str. 147)

Je bezesporu, že struktura a řád mají v léčbě závislosti své místo, velký význam má však také přiměřená podpora a přijetí pacienta.

### **8.3 Lůžkové oddělení muži (LOM)**

Léčebný program na LOM je obdobný jako na LOŽ. Jde o režimovou léčbu s principy dynamicky orientované komunitní a skupinové psychoterapie. Existují však určité rozdíly, na které se zaměříme v následující kapitole. Oba programy vychází ze Skálovy metody, ale dle sdělení personálu Kliniky adiktologie během stáže v květnu 2012 se program na LOM

původnímu modelu léčby poněkud vzdálil, není tak přísný jako dřív, respektive jako na LOŽ. (Sděleno vrchní sestrou LOŽ v květnu 2012.)

Personální složení terapeutického týmu LOM sestává ze stejných pozic jako odborný tým na LOŽ. Oddělení vede vedoucí lékař a na léčbě se podílejí 3 psychoterapeuti, pracovní terapeut, sociální pracovnice, staniční sestra a další střední zdravotnický personál.

Léčba na LOM je určena mužům starším 18 let se závislostí na alkoholu, ale i jiných návykových látkách. Základní léčba na oddělení trvá 13. týdnů, ale může být v indikovaných případech prodloužena. Stejně jako na LOŽ je počet pacientů závislých na nelegálních drogách omezený. Pacienti po recidivě jsou přijímáni k další léčbě, přičemž délka léčby po návratu k návykové látce je individuální. Muži, kteří se pravidelně doléčují, mohou na oddělení nastoupit ihned po relapsu, nedokončené léčby a muži, kteří léčbu dokončili, ale podcenili doléčování, musí počkat, až se uvolní kapacita na oddělení. Na LOM rovněž platí pravidlo, že každého pacienta přijímají maximálně 3x, 1x k základní léčbě a 2x po recidivě. Pokud muž recidivuje víckrát, je mu doporučena jiná léčebna.

Kapacita oddělení je 24 lůžek a pacienti jsou podobně jako na LOŽ rozděleni do tří skupin. Rozdíl oproti LOŽ je v tom, že každá ze tří skupin je skupinou uzavřenou. V jeden moment nastupuje k léčbě 8 pacientů<sup>19</sup>, kteří tvoří jednu skupinu, která je neměnná po celé 3 měsíce léčby. Každá nově vzniklá skupina si vymyslí název a na konci léčby vyrobí svůj erb, který je pověšen v hlavní terapeutické místnosti.

LOM nabízí komplexní léčbu závislosti na alkoholu. Léčba sestává ze vstupního psychiatrického a somatického vyšetření (včetně odběrů biologického materiálu a toxikologického vyšetření moči), ze skupinové a komunitní psychoterapie, individuálního řešení psychických komplikací závislosti (oproti LOŽ mají pacienti na LOM větší prostor pro individuální terapii pokud je indikována, respektive pokud o ni pacient požádá), sociálního a právního poradenství, zátěžových programů a režimové léčby, ergoterapie, přednášek, programů prevence relapsu a z následné péče (1x týdně se na oddělení koná doléčovací skupina a v prvním roce po dokončení programu na LOM je pacient jednou za 3 měsíce přijat na opakovací týdenní léčbu)<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Dle sdělení staniční sestry z LOM v březnu 2013 se ne vždy podaří nástup všech pacientů v jeden den. Je ale snaha, aby se skupina jako celek sešla během jednoho týdne.

<sup>20</sup> Doléčování je možné i v jiných zařízeních než je LOM, respektive Apolinář. Muži mnohem častěji než ženy dochází v rámci doléčování na skupiny alkoholové ambulance v Apolináři, či na doléčovací skupiny do Střediska psychoterapie a rodinné terapie Kliniky adiktologie, někteří se doléčují v rámci individuální terapie, kterou jim také nabízí Středisko. Někteří muži docházejí do AT ambulancí v rámci svého bydliště nebo na

Stejně jako na LOŽ se na LOM používá k hodnocení pacientů bodovací systém. Cílem bodování je stanovení „jízdního řádu“ na oddělení, vytvoření a udržení návyků, nebo návrat k návykům, které se vytratily během závislosti, hledání činností a jednání, které mohou pomoci předcházet návratu k aktivní závislosti, možnost sledování probíhajících osobních změn, učení se stanovovat si malé a reálné cíle. Pacienti na mužském oddělení musí dosáhnout limitu 20/8 bodu za týden, nicméně v prvním týdnu léčby pacient nemusí plnit, v 2.-3. týdnu plní pouze poloviční limit, pacienti po recidivě mají týdenní limit stanoven na 24/8. (Zajímavé je srovnání s režimem na ženském oddělení. Pacienti po recidivě z LOM musí získat pouze o 4/8 bodů více než pacienti v základní léčbě. Oproti tomu pacientky po recidivě na LOŽ musí plnit o 16/8 více než jejich kolegyně v základní léčbě.) Skupinový limit je tvořen součtem limitu jednotlivců. Nedosáhne-li skupina stanovený limit, krátí se členům skupiny vycházka za každou  $\frac{1}{8}$  bodu do plného počtu o jednu hodinu.

Co se týče terapeutických bodů, má každá skupina stanoven limit osmin bodu ve výši dvojnásobku počtu členů ve skupině (příklad: 8 členů ve skupině = limit 16/8). Za každou překročenou  $\frac{1}{8}$  nad limit platí jedna hodina z vycházky. Pokud srovnáme limity s pacientkami z LOŽ, které mají limit 12/8 terapeutických bodů bez ohledu na počet členek ve skupině, vidíme, že i v tomto případě je bodování na LOM mírnější.

Stejně jako na LOŽ zastávají pacienti během léčby různé funkce, z nichž nejvyšší je předseda komunity (je volen komunitou na 1 měsíc, musí jít o pacienta, který je v léčbě minimálně 1 měsíc). Mezi další funkce patří: důvěrníci skupin, sportovní referent, pracovní referent, kulturní referent a dále malé funkce jako popelář, květinář apod. Za řádné vykonávání funkce dostává pacient týdně určitý počet bodů. Kdo bude vykonávat které funkce určuje komunita.

Ranní komunity probíhají podobně jako na ženském oddělení. Obsahují hlášení důvěrníků, „dávání“ zpětných vazeb, pacienti vznášejí požadavky na individuální psychoterapie, hlásí odchody k lékaři apod. Komunita má ale rychlejší spád a trvá kratší dobu, než na LOŽ.<sup>21</sup> Účastníci z řad personálu také nesedí v čele za stolem, jako na LOŽ, ale sedí v kruhu mezi pacienty. Jednou týdně (na páteční hodnotící komunitě) si pacienti kromě zpětných vazeb na ranních komunitách předávají symboly.

*„Kladné symboly:*

*Smíšek – vnáší do komunity dobrou náladu*

---

schůzky AA. Oproti tomu LOŽ své pacientky „nepropouští“, respektive si je na sebe mnohem více připoutává a ex-pacientky, pokud se doléčují, se doléčují převážně v rámci oddělení pro ženy.

<sup>21</sup> Na LOM trvá komunita 30 minut, na LOŽ 60 minut.

*Srdce – dává do léčby celé své srdce*

*Pero – nejlepší událost dne za uplynulý týden*

*Schůdky – velké pokroky v léčbě*

*Vrba – můžeme s dotyčným bez obav svěřit*

*Šroub – nejaktivnější při pracovní terapii*

*Ruka – podává pomocnou ruku*

*Rýč – nejvíce kypří komunitu k jejímu prospěchu*

*Záporné symboly:*

*Uzel – nejvíc zapomíná*

*Granát – snadno vybuchne*

*Lodička – proplová léčbou jako na dovolené*

*Piňďour – nenápadný, jako by tu nebyl*

*Dřevorubec – mlčí jako zařezaný*

*WC – je často úplně mimo mísu“ (LOM, 2012)*

Mimo páteční hodnotící skupinu je významná také čtvrtční velká skupina, na které se podobně jako na volné tribuně LOŽ, řeší události uplynulého týdne. Velká skupina funguje také jako volební. Na návrh jednotlivých skupin volí předsedu komunity a kulturního, pracovního a sportovního referenta. Všichni jsou voleni na dobu jednoho měsíce.

Hlavní formou léčby na LOM je stejně jako na ženském oddělení skupinová terapie. Pacienti se schází 2x týdně ve svých malých uzavřených skupinách a 2x týdně se schází všechny tři skupiny ke společné velké skupinové psychoterapii. Skupinová setkání trvají 90 minut. Na LOM probíhá také rodinná terapie, a to pobytovou formou jako na LOŽ. Rozdíl je v možnosti individuální terapie pacientů. Mimo individuální psychoterapie přímo na oddělení mají pacienti možnost docházet na paralelní individuální terapii v rámci Kliniky adiktologie do Střediska pro psychoterapii a rodinnou terapii nebo do jiné organizace.

K programu léčby patří také sportovní terapie (ranní rozcvičky, čtvrtákové rozcvičky, běh), pracovní terapie<sup>22</sup> (v dílně či na zahradě Apolináře a úklid), arteterapie (1x za 3 týdny + prvky

---

<sup>22</sup> Během pracovní terapie nejsou muži pod neustálým dohledem, na rozdíl od pacientek na LOŽ.



arteterapie na programu zvaném Kouzelná školka), přednášky z oblasti alkoholologie, kulturní program (kulturní vycházky, zhlédnutí filmu).

Před řádným ukončením léčby je pacient povinen odevzdat elaborát s názvem „Co mi dala léčba“, kde zhodnotí, jak si vedl během léčby v komunitě, jaké změny na sobě pozorují a popíše, jakým způsobem a kde se bude doléčovat. Léčba však podobně jako na LOŽ může být ukončena dříve, a to pokud pacient nasbírá 3 terapeutické body (v tom případě je pacientovi léčba přerušena na individuálně dlouhou dobu, většinou na 1-3 měsíce), nebo okamžitě po hrubém porušení pravidel (porušení bezdrogového prostředí, agrese atd.), případně po podepsání reversu. Pokud pacient podepíše revers a chce se později vrátit do léčby, může tak učinit až po 3 měsících.

Rozdíl mezi oběma odděleními je patrný již při vstupu na oddělení. Atmosféra na LOM je o poznání přívětivější (nelze však říci, že není program přísný). Pacienti oslovují personál křestními jmény, jejich program není zdaleka tak nabitý (mezi jednotlivými body programu mají více volného času) a ani kontrola není nepřetržitá. Např. během pracovní terapie se ženy z LOŽ nezastaví a jsou stále pod kontrolou pracovní terapeutky, naproti tomu na LOM je mužům před pracovní terapií přidělena práce a dohled je jen občasný, mužům je nechána větší odpovědnost za to, jak se k léčbě postaví, zda budou švindlovat, nebo na sobě budou pracovat. Volnější režim znamená více odpadlíků během léčby, ale pacienti, kteří vydrží, mají pravděpodobně dobré vyhlídky do budoucna. Otázkou také je, zda ženy po léčbě, které byly během léčby pod neustálou kontrolou, budou vědět, jak naložit s volným časem nebo jak být jen samy se sebou (během léčby prakticky nemají možnost si podobnou zkušenost projít).

Personál na LOM také nechává na pacientech větší zodpovědnost v léčbě. Svědčí o tom mimo jiné fakt, že během naší stáže byla čtvrtěční velká skupina svěřena pouze pacientům. Dle sdělení personálu dne 28. 3. 2013 nejde zatím o běžnou praxi (samořídící skupiny mají pacienti v současné době pouze jednou za čas), nicméně se uvažuje o tom, že by pacienti měli samořídící velkou skupinu pravidelně jednou týdně. Ukazuje se totiž, že pro některé pacienty je tato forma práce ve skupině velmi prospěšná.

#### **8.4 Ambulance pro léčbu alkoholové závislosti**

Ambulance pro léčbu alkoholové závislosti je určena osobám starším 18 let, které problémově užívají alkohol nebo jsou na alkoholu závislí. Musí jít o osoby, které jsou schopné a ochotné tento typ léčby absolvovat, o osoby vnitřně motivované, nejlépe s vysokou mírou podpory rodiny.

Ambulance nabízí skupinovou psychoterapii, individuální psychoterapii a poradenství, skupinu pro příbuzné, skupinu pro zájemce o léčbu (jediná skupina, kde je možná anonymní účast), růstovou skupinu pro stabilizované pacienty, léčbu disulfiramem (Antabus) a anticravingovými léky (naltrexon a akamprosát), terapii psychických poruch objevujících se souběžně se závislostí na alkoholu a zprostředkování poradenství v právní a sociální oblasti.

Personální obsazení alko ambulance je: vedoucí lékař, 2 psycholožky a zdravotní sestra.

Po prvním kontaktu pacienta s ambulancí je provedeno vstupní psychiatrické vyšetření, při kterém je stanoven léčebný postup. Někteří pacienti jsou zařazeni do jedné ze tří skupin, které ambulance nabízí. U dalších pacientů je ještě indikována podpůrná léčba Antabusem<sup>23</sup> či anticravingovými léky nebo individuální psychoterapie. Některým pacientům je doporučeno též somatické a laboratorní vyšetření (při léčbě Antabusem je vždy nutné).

Antabus pomáhá pacientům v začátcích abstinence překonat zaběhnuté rituály, pijácké stereotypy a automatismy spojené s konzumací alkoholu. Zároveň dává pacientovi čas a prostor pro vytvoření nových rituálů bez alkoholu a nalezení nového, zdravého životního stylu. Chrání také pacienta v rizikových situacích před řešením obtíží alkoholem.

**Postřehy ze stáží:** Většina pacientů užívajících Antabus si dobře rozmyslí, zda se napije alkoholu a bude riskovat nepříjemný stav, nebo zda ustojí situaci bez napití. Jsou ale pacienti, kterým ani Antabus nezabránil v napití a kteří Antabus tzv. přepili. Existují také pacienti, kteří předstírají nemoc, aby nemuseli do ambulance pro pravidelnou dávku Antabusu, a když účinek z poslední dávky vyprchá (trvá to asi 5 dní), tak se napijí.

Těžištěm ambulantní léčby je skupinová psychoterapie. Oddělení nabízí 3 otevřené skupiny (pondělí, úterý a čtvrtek), které ale mají stabilní jádro. Fluktuace pacientů není nijak vysoká. Momentálně je dokonce stav ambulance naplněn a dočasně nejsou přijímáni žádní noví pacienti (dle sdělení personálu LOM 29. 3. 2013). Pacienti jsou do skupin zařazováni po předchozí konzultaci s lékařem, který určí, která ze tří skupin je pro pacienta nejvhodnější, respektive z které by mohl nejvíce vytěžít. Dalším hlediskem je, jak se bude nový pacient do skupiny hodit. Jedna skupina má kolem 20 členů, na setkání, které se koná 1x týdně většinou dorazí kolem 15 členů. Skupinové setkání trvá 75 minut.

---

<sup>23</sup> Na Antabus dochází pacienti 2x v týdnu ke zdravotní sestře oddělení. Při každém podání léku udělá sestra záznam do sešitu, který si k tomuto účelu pacient nosí s sebou. Pokud má pacient naplánovanou dovolenou, dostane rozpustné tablety Antabusu na dobu dovolené s sebou. Kontrolu požití Antabusu a záznam do sešitu by měl pacientovi v této době dělat někdo z jeho rodiny. Pacienti berou Antabus převážně v prvním roce léčby, ale je možné tuto dobu individuálně prodloužit, nebo podat Antabus jednorázově před nějakou krizovou situací, kterou pacient očekává a u níž se obává, že by mohlo dojít k napití.

Skupina má svá základní pravidla. Základním pravidlem je bezdrogové prostředí skupiny. Pokud má někdo ze skupiny (pacient či terapeut) pocit, že některý člen přišel na skupinu intoxikován, je mu provedena dechová zkouška. Pokud prokáže, že jedinec před skupinou požíval alkohol, musí okamžitě opustit skupinu a dále řeší (po vystřízlivění) aktuální problém individuálně přímo s terapeutem. Ten pak může, na základě rozhovoru, buď doporučit ústavní formu léčby závislosti, nebo zintenzivnit ambulantní léčbu např. navržením individuální terapie a podpůrné medikace.

K dalším pravidlům patří omlouvání své nepřítomnosti, včasná docházka na skupinu a je zakázána jakákoliv agrese. Samozřejmostí je důvěrnost informací sdělených na skupině.

Při ambulantní léčbě je celková délka terapie velmi individuální. Doporučuje se minimálně rok každý týden docházet na setkání skupiny. Poté je možné kontakt pomalu rozvolňovat dle domluvy s psychoterapeutem a během druhého roku léčby přejít do tzv. udržovacího kontaktu s ambulancí. Pacient již na skupiny dochází jen občas jako host, ale pokud by u něj nastala nějaká krize, může pravidelnou docházku obnovit či požádat o nějakou další formu pomoci. Mnoho členů skupiny však dochází na setkání i několik let pravidelně. Důvodem bývají relapsové stavy.

**Postřehy ze stáží:** Pacientka ambulantní skupiny dochází pravidelně na skupinová setkání 6 let. Pokaždé vydrží zhruba rok abstinovat a poté zrelapsuje. V momentě, kdy by již mohla uvažovat o rozvolňování docházky do ambulance, přijde krize a napití, po kterém je dobré, aby setrvala v pravidelném kontaktu.

Skupiny jsou zaměřeny především na podporu v abstinenci, pochopení mechanismů závislosti a osvojení si nového životního stylu bez alkoholu. Jaká jsou nejčastější témata na setkáních?

1. Vybudování tzv. záchranné sítě osob – záchrannou síť tvoří osoby, kterým může pacient zavolat, ocitne-li se v krizi, nebo pokud má velkou touhu se napít. Mělo by jít nejlépe o někoho z rodiny nebo blízkých přátel. Bývá doporučováno mít v seznamu telefonních čísel kontakt na krizové centrum RIAPS<sup>24</sup>, pokud není možné se dovolat nikomu z osob ze záchranné sítě.
2. abstinence - pro většinu pacientů je představa trvalé abstinence velmi náročná. Většina z nich si určuje kratší údobí, po které hodlají abstinovat s tím, že potom uvidí, jak se rozhodnou dál.

---

<sup>24</sup> Krizové centrum Riaps je zdravotnické zařízení poskytující komplexní péči o člověka v náročných životních situacích, které ohrožují jeho psychické zdraví. Poskytuje mimo jiné non stop telefonickou linku důvěry. (<http://www.csspraha.cz/krizove-centrum-riaps> [Cit.2013-4-10])

3. kontrolované pití - mnoho z pacientů otvírá tuto otázku, někteří pouze teoreticky na skupinách, jiní zkoušeli kontrolovaně pít. Nikdy se jim to však nepodařilo, dříve či později se vrátili k nadměrnému pití a ke svému závislostnímu chování
4. craving - bažení občas zažívají všichni pacienti. Předávají si zkušenosti, co jim konkrétně pomáhá v situaci, kdy se chuť na alkohol dostaví, ji překonat. Jedna ze základních rad je vydržet, bažení nikdy netrvá do nekonečna a jednou chuť ustoupí. Další častou radou je zkusit se přeladit anebo se někomu svěřit.
5. spouštěče - jde o téma související s bažením. Je dobré přijít na to, co konkrétně je spouštěčem touhy se napít. Pokud pacient najde odpověď, může pak s informací pracovat, to znamená vyhýbat se nebezpečným situacím (např. při nákupu nezajíždět mezi regály s alkoholem, nechodit na večírky, kde mu budou nutit alkohol apod.) nebo se na ně připravit, nelze-li se jim vyhnout.
6. řešení postrelapsových stavů - pokud se pacienti sami přiznají k relapsu a hodlají situaci řešit, není důvod k opuštění skupiny. U postrelapsových stavů se probírá, co bezprostředně i z dlouhodobé perspektivy k relapsu vedlo, zda bylo možné se zachovat jinak, jak by se dotyčný příště měl raději zachovat. Přichází i podpora a povzbuzení od spolupacientů do nové abstinence.
7. řešení krizových situací a prevence relapsu – pacienti přináší na skupinu své problémy, se kterými si neví rady, mají možnost si tím ulevit a získat také jiný pohled na svou situaci a možnosti jejího řešení. Pokud přeci jen k relapsu dojde, je na místě relaps co nejrychleji zastavit a co nejdříve zavolat na ambulanci, přiznat uklouznutí a domluvit se na dalším postupu.
8. suchý dům - pacienti by neměli mít doma žádný alkohol, ani sladkosti obsahující alkohol (višně v čokoládě) nebo ústní vodu s alkoholem, to vše může být nebezpečné. Pokud přijde chuť na alkohol a doma žádný není, má pacient dostatek času si promyslet, jak se zachová. Pokud doma alkohol je, mnohdy se napije dříve, než stihne přemýšlet.
9. odměny - umět se odměnit jinak než alkoholem. Je důležité najít si způsob, jak jinak se odměnit, respektive, jak jinak relaxovat než pomocí alkoholu. Pacienti si předávají rady, co pomáhá konkrétně jim – horká vana, koncert, procházka lesem apod.
10. vztahy v rodině a na pracovišti - pacienti se navzájem svěrují, co je trápí ve vztazích k ostatním lidem. Zároveň se díky interpersonálním vztahům ve skupině učí, jak by své chování mohli změnit, aby se jejich vztahy zlepšili.

11. co pacientům alkohol saturoval - je důležité zjistit, jaké potřeby pacient alkoholem uspokojoval a naučit se uspokojovat tyto potřeby zdravým způsobem.
12. seznámení okolí s problémem - pacientům je doporučováno, aby o svém problému s alkoholem řekli nejen v rodině, ale i přátelům a pokud je to možné, tak i na pracovišti. Vyhnou se tím např. tomu, že jim bude někdo nabízet alkohol. Jde také o psychologickou pojistku v momentě, když má pacient chuť se napít.
13. výhody abstinence – pacienti by si měli uvědomit, jaké výhody jim abstinence přináší. Po nějaké době abstinence si začínají výhody uvědomovat, začínají pozorovat ve svém životě mnoho změn k lepšímu (ať už ve své psychice, nebo své fyzické kondici či ve vztazích), se kterými se na skupinách rádi pochlubí.

Jednou týdně se také schází již zmiňovaná růstová skupina. Jedná se o uzavřenou skupinu (otevírá se vždy jednou za půl roku), která je určena stabilizovaným pacientům a která je zaměřena na hlubší sebepoznání a další seberozvoj. Pacienti jsou do skupiny zařazeni po individuální konzultaci s vedoucí skupiny.

První středu v měsíci pak ambulance organizuje skupinu pro příbuzné. Je určena především rodinným příslušníkům pacientů ambulance a jde o podpůrně-edukační skupinovou terapii. První středu v měsíci se také koná skupina pro zájemce o léčbu alkoholové závislosti. Tuto skupinu bychom mohli nazvat edukačně–motivační.

Ambulance pro léčbu alkoholové závislosti nabízí pacientům rovněž individuální terapii. Je indikována zejména v případě tzv. duálních diagnóz a také v případě relapsu, složité životní situace a neuspokojivých interpersonálních vztahů zejména v rodině. Frekvence jednotlivých sezení je opět velmi individuální. Z počátku jsou setkání zpravidla 1x týdně a s postupným zlepšováním pacientova psychického stavu se intervaly prodlužují. Celková délka individuální terapie je rovněž proměnlivá a závisí zejména na hloubce řešených problémů. Někdy bývá individuální psychoterapie doplněna farmakoterapií.

## **Závěr**

Účinný léčebný program má používat velkou škálu metod, aby působil na co největší počet pacientů a aby se co nejvíce dotýkal jejich osobností. Během léčby má pacient získat náhled, uvědomit si svůj problém, změnit své prožívání a chování, změnit své hodnoty a chtít natrvalo přestat konzumovat alkohol. Na každého z pacientů působí v léčbě jiná část programu a jiné používané metody. Někomu může nejvíce pomoci otevřít na skupinovém sezení prožité trauma a postupně se s ním vypořádat, někdo potřebuje tvrdý režim, aby byl schopen „dát se do latí“, někomu pomáhá pracovní terapie, jinému psaní deníku. Ačkoli pro pacienta může mít subjektivně některá ze složek léčby rozhodující význam, je to právě kombinace těchto složek, která vytváří optimální prostředí vedoucí ke změně. Ke změně myšlení, prožívání, chování, ke změně pohledu na sebe sama a na svůj život do budoucna. Jedině komplexní program léčby může pomoci pacientovi převzít odpovědnost za svůj život, řešit nesnáze se vztyčenou hlavou a umět se postavit problémům čelem. A to vše bez kapky alkoholu. Pacient se při léčbě a během doléčování naučí řešit různé životní těžkosti a konflikty jinou, plodnější, ale zároveň obtížnější cestou. Není to pro něj vždy snadné nenapít se, kolikrát by nastolenou cestu raději vzdal, ale s podporou ze strany odborníků, spolupacientů a u většiny i s podporou rodiny, se většině podaří abstinovat. I když někdy se zaškobrtnutími. Důležité je, že se mají kam obrátit a že mají koho v krizové situaci požádat o pomoc.

Během stáží i při studiu odborné literatury týkající se tématu jsem dospěla k závěru, že velkým přínosem léčby v Apolináři je pomoc lidem potýkajících se se závislostí na alkoholu závislost překonat a začít abstinovat. Je ale potřeba říci, že abstinence není hlavním cílem léčby, je především prostředkem ke změně způsobu života, k znovunalezení sebe sama a smyslu svého bytí.

Jak ale konstatuje Skála, ani Apolinář nemůže pomoci všem. Pomáhá určitému procentu těch, kdo o pomoc stojí, těm, kteří ještě neztratili pud sebezáchovy a těm, kdo ještě má na to, aby byli schopni při léčbě spolupracovat. (Skála, 1998) Je tedy důležité přijít včas, aby měl pacient ještě šanci dostat se ze spárů závislosti.

Apolinářský systém je důsledný, náročný a výživný, nikomu není nic odpuštěno, nedělají se výjimky a nečiní se rozdíly mezi pacienty, i to vše pomáhá vyvolat v pacientech kýženou osobnostní změnu a připravit je na život za zdmi, tak, aby ho zvládali žít a prožívat úplně střízliví.

## **Resumé**

Bakalářská práce se zabývá závislostí na alkoholu a zejména mapuje možnosti léčby alkoholové závislosti. Popisuje systém péče o závislé osoby od detoxifikace, přes ambulantní a střednědobou ústavní léčbu až po následnou péči. Dále charakterizuje léčebné metody, které se při péči o závislé na alkoholu nejčastěji využívají. Hlavní část textu je věnována charakteristice konkrétního zařízení, které se léčbou lidí závislých na alkoholu dlouhodobě zabývá. V této části práce je nejvíce prostoru věnováno zevrubnému popisu struktury léčebného programu lůžkového oddělení pro ženy, dále srovnání léčby na ženském a mužském oddělení a konečně popisu práce ambulance pro léčbu alkoholové závislosti. Úvodní kapitoly byly zpracovány na základě analýzy odborných publikací, naproti tomu praktická část popisující současnou apolinářskou léčbu byla zpracována především na základě pozorování, rozhovorů s personálem a pacienty Apolináře, které proběhly během stáží na popisovaných odděleních Kliniky adiktologie.

## **Resumé**

The thesis deals with alcohol dependence and it maps the possibilities of treatment of alcohol dependence. It describes the system of care from detoxification, outpatient treatment over a medium-term inpatient treatment to aftercare. It further describes most frequently used treatment methods in the care of alcoholics. The main part of the text is devoted to the characteristics of a specific device that deals with the treatment of alcohol dependent people. In this part the most of the space is devoted to a detailed description of the structure of treatment program for women, the comparison of the male and female departments, and finally the description of the ambulance for treatment of alcohol dependence. The introductory chapters are based on analysis of technical publications, while the practical part which describes the current Apolinář treatment was developed primarily on observations, interviews with staff and patients of Apolinář that took place during the internship at the described departments of the Clinic of Addictology.

## Seznam literatury a jiných zdrojů

Alcoholics Anonymous World Services, Inc. Information on A. A. [Online] [Cit. 2013-3-28].  
Dostupné z: <http://www.aa.org/lang/en/subpage.cfm?page=1>.

American Society of Addiction Medicine. Definition of Addiction. [Online] [Cit. 2013-3-14].  
Dostupné z: <http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction>.

Apolinář, oddělení pro léčbu závislostí VFN. O nás [Online] [Cit. 2013-3-23] Dostupné z:  
<http://www.abstinence.cz/onas.php>.

BEČKOVÁ, Ilona a VIŠŇOVSKÝ, Petr. Farmakologie drogových závislostí. Praha: UK v Praze, Nakladatelství Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-864-6.

BĚLÁČKOVÁ, Vendula. Vznikla klinika adiktologie, která propojí tradici léčby závislostí a výzkumné pracoviště. [Online] [Cit. 2013-3-30] Dostupné z:  
<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/57/3593/Vznikla-Klinika-adiktologie-ktera-propoji-tradici-lecby-zavislosti-a-vyzkumne-pracoviste>.

Centrum sociálních služeb Praha. Krizové centrum RIAPS. [Online] [Cit. 2013-4-10]  
Dostupné z: <http://www.csspraha.cz/krizove-centrum-riaps>.

DE SAINT-EXUPÉRY, Antoine. Malý princ. Praha: Albatros, 1989. 13-122-KMČ-89.

DÖRNER, Klaus a PLOG, Ursula. Bláznit je lidské. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-628-5.

HAJNÝ, Martin. O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0135-9.

HELLER, Jiří a PECINOVSKÁ, Olga. Pavučina závislosti, alkoholismus jako nemoc a možnosti efektivní léčby. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-62-0.

KALINA, Kamil a kol. Drogy a drogové závislosti 1, mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. Drogy a drogové závislosti 2, mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil a kol. Spravedlivý jako palma kvést bude, Jaroslav Skála - zakladatel české adiktologie. Zaostřeno na drogy 1. 2008.

KALINA, Kamil. Glosář pojmů. Informační portál o ilegálních a legálních drogách. [Online] [Cit. 2013-3-16] Dostupné z: [http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar\\_pojmu/](http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/).



Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Oddělení pro léčbu závislostí [Online] [Cit. 2013-3-15] Dostupné z: <http://poradna.adiktologie.cz/klinika-adiktologie/>.

KRATOCHVÍL, Stanislav. Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8.

KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-280-7.

LOM. Kladné a záporné symboly. Praha: autor neznámý, 2012. Nástěnka v hlavní terapeutické místnosti na LOM.

LOŽ. Kladné a záporné symboly. Praha: autor neznámý, 2012. Nástěnka v hlavní terapeutické místnosti LOŽ.

MILLER, William R. a ROLLNICK, Stephen. Motivační rozhovory, příprava lidí ke změně závislého chování. Tišnov: Sdružení SCAN, 2004. ISBN 80-86620-09-3.

NEŠPOR, Karel. Moderní léčba návykových nemocí. [Online] [Cit. 2013-3-12] Dostupné z: <http://www.drnespor.eu/addictcz.html>.

NEŠPOR, Karel. Návykové chování a závislost. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.

NEŠPOR, Karel. Zůstat střízlivý - Praktické návody pro lidi, kteří mají problém s alkoholem a jejich blízké. Brno: Host, 2006. ISBN 80-7294-206-9.

NEVŠÍMAL, Petr a kol. Terapeutická komunita pro drogově závislé II. - Česká praxe. Praha: Středočeský kraj/Magistrát hl. m. Prahy/ Magdaléna o.p.s., 2007. str. 311. ISBN 978-80-7106-937-9.

NEVŠÍMAL, Petr a kol. Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Praha: Středočeský kraj a Magistrát hl. m. Prahy, 2007. ISBN 978-80-7106-937-9.

NEVŠÍMAL, Petr a kol. Terapeutická komunita vznik a vývoj. Praha: Středočeský kraj, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

NOVÁKOVÁ, Bohunka. Hořkosladká medovina, smutné i veselé postřehy abstinující alkoholičky. Praha: Togga, 2011. ISBN 978-80-87258-68-2.

Pavučina o.s. Doléčovací program. [Online] [Cit. 2013-3-22] Dostupné z: <http://www.pavucinasos.eu/dolecovaci-program>.

PROFOUS, Jiří. Průvodce alkoholovou závislostí - především pro ženy pijících partnerů. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-820-9.

ROTGERS, Frederick a kol. Léčba drogových závislostí. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

RŮŽIČKA, Jiří. Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě. Praha: Triron, 2011. ISBN 978-80-7387-467-4.

SKÁLA, Jaroslav. ...až na dno!? Praha: Avicenum, 1988. 08-045-88.

SKÁLA, Jaroslav. Lékařův maraton. Český spisovatel, 1998. ISBN 80-202-0663-9.

ÜHLINGER, Claude a TSCHUI, Marlyse. Když někdo blízký pije. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807367-610-0.

Velký lékařský slovník. Kodependence [Online] [Cit. 2013-3-31] Dostupné z: <http://lekarske.slovníky.cz/lexikon-pojem/kodependence>.

VYMĚTAL, Jan a kol. Obecná psychoterapie. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.

WHO. MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. Geneva: World Health Organization, 2008. Sv. I. ISBN 92 4 154649 2.

Wikipedia, the free encyclopedia. E.Morton Jellinek [Online] [Cit. 2013-3-16] Dostupné z: [http://en.wikipedia.org/wiki/E.\\_Morton\\_Jellinek](http://en.wikipedia.org/wiki/E._Morton_Jellinek).

YALOM, Irvin D. a Molyn, LESZCZ. 2007. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-304-8.

ZELENKA, Petr. Rok d'ábla. [film] 2002.

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Týdenní program lůžkového oddělení pro ženy

Příloha 2: Týdenní program lůžkového oddělení pro muže

# Příloha 1: Týdenní program lůžkového oddělení pro ženy

PO	6.15 – zvonění, budíček 6.25 – rozcvička 6.40 – hygiena 7.00 – 7.20 – úklid, zpěv 7.25 – vizita 7.35 – zvonění 7.40 – hlášení 7.45 – snídane 8.00 – léky 8.25 – zvonění 8.30 – 8.45 – autorelaxace 9.00 – 9.50 – komunita	10.00 – 11.30 – pracovní terapie 11.40 – zvonění 11.45 – čtení z tisku 12.00 – hlášení 12.05 – oběd 12.45 – léky 13.00 – 14.15 – pracovní terapie 14.30 – 16.00 – skupiny 16.50 – zvonění 16.55 – hlášení	17.00 – večeře 17.45 – léky 18.00 – 19.00 – samostudium 19.40 – zvonění 19.45 – čtvrtáková rozcvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 – zvonění, večeřka
UT	6.15 – zvonění, budíček 6.25 – rozcvička 6.40 – hygiena 7.00 – 7.20 – úklid, zpěv 7.25 – vizita 7.35 – zvonění 7.40 – hlášení 7.45 – snídane 8.00 – léky 8.25 – zvonění 8.30 – komunita 9.35 – 9.50 – relaxace	10.00 – 11.30 – skupiny 11.40 – zvonění 11.45 – čtení z tisku 12.00 – hlášení 12.05 – oběd 12.45 – léky 13.00 – 14.30 – lorka 14.45 – 15.30 – vážení, tlaky ( 15.00 náhradní kolečka ) 15.45 – 16.15 – 20 minut pohybu 16.50 – zvonění	16.55 – hlášení 17.00 – večeře 17.45 – léky 18.00 – 18.15 – kviz 18.15 – 19.00 – elaboráty 19.40 – zvonění 19.45 – čtvrtáková rozcvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 – zvonění, večeřka
ST	6.15 – zvonění, budíček 6.25 – rozcvička 6.40 – hygiena 7.00 – 7.20 – úklid, zpěv 7.25 – vizita 7.35 – zvonění 7.40 – hlášení 7.45 – snídane 8.00 – léky 8.25 – zvonění 8.30 – komunita 9.35 – 9.50 – relaxace	10.00 – 10.45 – přednáška 11.00 – 11.30 – přezkoušení 11.40 – zvonění 11.45 – čtení z tisku 12.00 – hlášení 12.05 – oběd 12.45 – léky 13.00 – 16.00 – pracovní terapie, nákup ( 14.15 – 14.30 – přestávka ) 16.50 – zvonění	16.55 – hlášení 17.00 – večeře 17.45 – léky 18.00–19.00 setkání s absolvent. Apolenkou 19.40 – zvonění 19.45 – čtvrtáková rozcvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 – zvonění, večeřka
ČT	6.15 – zvonění, budíček 6.25 – rozcvička 6.40 – hygiena 7.00 – 7.20 – úklid, zpěv 7.25 – vizita 7.35 – zvonění 7.40 – hlášení 7.45 – snídane 8.00 – léky 8.25 – zvonění 8.30 – komunita 9.35 – 9.50 – relaxace	10.00 – 11.30 – skupiny 11.40 – zvonění 11.45 – čtení z tisku 12.00 – hlášení 12.05 – oběd 12.45 – léky 12.50 – zvonění, vizita 13.00 – 15.30 – volná tribuna 16.00 – 16.45 – elaboráty 16.50 – zvonění	16.55 – hlášení 17.00 – večeře 17.45 – léky 17.30 – 18.30 – klub (18.00 – 19.30 KLUS poslední čtvrtek v měsíci Jungmanik) 19.40 – zvonění 19.45 – čtvrtáková rozcvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 – zvonění, večeřka
PA	6.15 – zvonění, budíček 6.25 – rozcvička 6.40 – hygiena 7.00 – 7.20 – úklid, zpěv 7.25 – vizita 7.35 – zvonění 7.40 – hlášení 7.45 – snídane 8.00 – léky 8.25 – zvonění 8.30 – komunita 9.35 – 9.50 – relaxace	10.00 – 11.30 – pracovní terapie 11.40 – zvonění 11.45 – čtení z tisku 12.00 – hlášení 12.05 – oběd 12.45 – léky 13.00 – 13.45 – odpolední komunita 14.15 – zvonění, vizita 14.15 – 15.15 – generální úklid 15.15 – vizita po GÚ na pokyn sestry po GÚ zvonění 15.40 – 16.40 – rozcvička 15 min. +sport 16.50 – zvonění	16.55 – hlášení 17.00 – večeře 17.45 – léky 18.00 – 18.00 – biblioterapie 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 – zvonění, večeřka
SO	6.30 – zvonění, budíček, hygiena 7.00 – úklid, zpěv 7.25 – vizita 7.35 – zvonění 7.40 – hlášení 7.45 – snídane 8.00 – léky 8.25 – zvonění 8.30 – ranní komunita	9.00 – odchod na kulturní vycházku 11.30 – 11.50 – návrat z kult. vycházky 11.55 – zvonění 12.00 – hlášení 12.05 – oběd 12.45 – léky 13.00 – 16.30 – návštěvy, vicepráce 16.50 – zvonění	16.55 – hlášení 17.00 – večeře 17.45 – léky 18.00 – 19.00 – kultura 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 – zvonění, večeřka
NE	7.00 – zvonění, budíček, hygiena 7.30 – úklid, zpěv 7.50 – zvonění, vizita 7.55 – hlášení 8.00 – snídane 8.30 – léky 9.00 – 9.30 – kolečka 10.00 – návštěvy, vicepráce	11.55 – zvonění 12.00 – hlášení 12.05 – oběd 12.45 – léky návštěvy do 16.30, vicepráce 16.50 – zvonění 16.55 – hlášení 17.00 – večeře	17.45 – léky 18.00 – 18.45 – kultura 18.50 – 19.30 – zpěv 19.40 – zvonění 19.45 – čtvrtáková rozcvička 20.00 – večerní úklid, léky 21.25 – zvonění, léky 21.30 – vizita 22.00 – zvonění, večeřka



Příloha 2: Týdenní program lůžkového oddělení pro muže

PONDĚLÍ		ÚTEREK		STŘEDA		ČTVRTEK		PÁTEK		SOBOTA		NEDĚLE	
5:00	budíček	6:30	budíček	6:30	budíček	6:30	budíček	6:30	budíček	7:00	budíček	7:00	budíček
6:00	kontrola pokojů	6:40	kontrola pokojů	6:40	kontrola pokojů	6:40	kontrola pokojů	6:40	kontrola pokojů				
6:45-7:00	rozcvička	6:45-7:00	rozcvička	6:45-7:00	rozcvička	6:45-7:00	rozcvička	6:45-7:00	rozcvička	7:00-8:00	ranní hygiena	7:00-8:00	ranní hygiena
7:00-7:45	ranní hygiena	7:00-7:45	ranní hygiena	7:00-7:45	ranní hygiena	7:00-7:45	ranní hygiena	7:00-7:45	ranní hygiena		úklid		úklid
	úklid		úklid		úklid		úklid		úklid	8:00	3 čistoty	8:00	3 čistoty
7:45	3 čistoty	7:45	3 čistoty	7:45	3 čistoty	7:45	3 čistoty	7:45	3 čistoty				
8:00	snídaně	8:00	snídaně	8:00	snídaně	8:00	snídaně	8:00	snídaně	8:15	snídaně	8:15	snídaně
8:15-8:25	léky	8:15-8:25	léky	8:15-8:25	léky	8:15-8:25	léky	8:15-8:25	léky	8:30-8:40	léky	8:30-8:40	léky
8:45-9:15	kouření	8:15-8:40	kouření	8:15-8:40	kouření	8:15-8:40	kouření	8:15-8:40	kouření	8:30-8:55	kouření	8:30-8:55	kouření
	KOMUNITA	8:45-9:15	KOMUNITA	8:45-9:15	KOMUNITA	8:45-9:15	KOMUNITA	8:45-9:15	KOMUNITA				Kulturní výtah
10:00-11:30	VELKÁ SKUPINA	10:00-11:30	TERAPIE SK. 1+2	10:00-11:30	Kouzelná školka	10:00-11:30	TERAPIE SK. 1+2	10:00-11:30	TERAPIE SK. 1+2	10:00-11:30	Návštěvy	9:00-11:30	Pracovní terapie
11:40	polední hlášení	11:40	polední hlášení	11:40	polední hlášení	11:40	polední hlášení	11:40	polední hlášení	11:40	polední hlášení	11:40	polední hlášení
11:45	oběd	11:45	oběd	11:45	oběd	11:45	oběd	11:45	oběd	11:45	oběd	11:45	oběd
12:00-12:10	léky	12:00-12:10	léky	12:00-12:10	léky	12:00-12:10	léky	12:00-12:10	léky	12:00-12:10	léky	12:00-12:10	léky
13:00-14:30	PRACOVNÍ TERAPIE SK. 1+2 (14:30)	13:00-14:30	Přednáška / ARTE terapie	13:00-14:30	PRACOVNÍ TERAPIE SK. 1+2	13:00-14:30	PRACOVNÍ TERAPIE SK. 1+2	13:00-14:30	PRACOVNÍ TERAPIE SK. 1+2	12:15-16:30	NÁVŠTĚVY	13:00-16:30	NÁVŠTĚVY
14:45-16:00	PRACOVNÍ TERAPIE	14:45-16:00	SPORT	14:45-16:00	PRACOVNÍ TERAPIE	14:45-16:00	PRACOVNÍ TERAPIE	14:45-16:00	PRACOVNÍ TERAPIE		osobní volno		osobní volno
17:15	večeře	17:15	večeře	17:15	večeře	17:15	večeře	17:15	večeře	17:15	večeře	17:15	večeře
17:30-17:40	léky	17:30-17:40	léky	17:30-17:40	léky	17:30-17:40	léky	17:30-17:40	léky	17:30-17:40	léky	17:30-17:40	léky
18:00-19:00	DENIK / SAMOSTUDIUM	18:00-19:00	DENIK / SAMOSTUDIUM	18:00-19:00	Klub	18:00-19:00	DENIK / SAMOSTUDIUM	18:00-19:00	DENIK / SAMOSTUDIUM	18:00-19:00	PŘEDNÁŠKA		
19:00-21:25	osobní volno	19:00-21:25	osobní volno	19:00-21:25	osobní volno	19:00-21:25	osobní volno	19:00-21:25	osobní volno	19:00-21:25	osobní volno	19:00-21:25	osobní volno
21:30	večerní vizita	21:30	večerní vizita	21:30	večerní vizita	21:30	večerní vizita	21:30	večerní vizita	21:30	večerní vizita	21:30	večerní vizita
22:00	večeře	22:00	večeře	22:00	večeře	22:00	večeře	22:00	večeře	22:00	večeře	22:00	večeře